



BRISTOL-BURLINGTON HEALTH DISTRICT
 240 Stafford Avenue, Bristol, Connecticut 06010-4617
 Tel. (860) 584-7682 • Fax (860) 584-3814 • www.bbhd.org



PROGRAMA DE SALUD DENTAL ESCOLAR K - 8° grado
Formulario de permiso / año escolar 2020-2021

¿Tiene su hijo una discapacidad y / o discapacidad? Sí No En caso afirmativo, describa a continuación:

¿Su hijo tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas estomacales, hepáticos o renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones / Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otros problemas de salud, preocupaciones o condiciones: _____

Marque uno para la siguiente pregunta y firme abajo

HAGO o **NO** doy mi consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento en la escuela y reciba los servicios de salud dental que el higienista dental registrado de la escuela considere necesarios, incluidas limpiezas dentales, una evaluación de riesgo de caries, tratamientos con flúor e intercambio y divulgación de información entre la escuela Higienista dental registrado, personal de la escuela y el proveedor de atención médica de su hijo para asegurar que se satisfagan las necesidades de salud y educación de su hijo en la escuela.

Nombre del padre / tutor legal

Firma

Fecha

** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el higienista dental registrado de la escuela.
 Al completar este formulario, devuélvalo a la sala de salud de la escuela. **