



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



## PROGRAMA DE SALUD DENTAL ESCOLAR K - 8° grado

### Formulario de permiso / año escolar 2020-2021

Estimados padres / tutores legales:

Como parte de los Servicios de Salud Escolar, el Distrito de Salud de Bristol-Burlington (BBHD) ofrece un Programa de Salud Dental. A un niño inscrito en este programa se le ofrecerá una evaluación de riesgo de caries, tratamiento con flúor y limpiezas dentales según lo considere necesario el Higienista Dental Registrado por la Escuela (RDH). La investigación muestra que los niños pequeños pueden beneficiarse enormemente de la atención dental brindada durante todo el año. Por lo tanto, le recomendamos que inscriba a su hijo en este programa. **No hay ningún cargo para la familia por este servicio.**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Dirección del alumno: \_\_\_\_\_

Nombre (s) del padre (s) / tutor (es): \_\_\_\_\_

Números de teléfono de los padres / tutores: \_\_\_\_\_

Grado del niño: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro dental tiene su hijo? \_\_\_\_\_ **Ninguna** \_\_\_\_\_

Si HUSKY: Proporcione el Cliente HUSKY del estudiante o el número de identificación: \_\_\_\_\_

#### Historia dental y de salud del estudiante

¿Tiene su hijo un dentista? \_\_Si \_\_No

Nombre y número de teléfono del dentista del niño:  
 \_\_\_\_\_

Última visita del niño al dentista \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ ¿Qué procedimientos se realizaron en su hijo?  
 \_\_Limpieza dental \_\_Rayos X \_\_Tratamiento con flúor \_\_Rellenos Otros: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento? \_\_Si \_\_No En caso afirmativo, enumere a continuación:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, látex u otros? \_\_Si \_\_No

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

CONTINUAR EN OTRO LADO