



## CONSENTIMIENTO PARA BARNIZ DE FLUORURO

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>				Chart Number:	
Apellido de PACIENTE:			Primer Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Dirección de Envío:		Numero de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Principal:					
Nombre del Padre/Guardián:					
Escuela:				Grado:	
Su hijo/a ha sido atendida/o por el dentista durante el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Flint Hills Community Health Center (FHCHC) se dedica a mejorar la salud oral de los niños ofreciendo servicios dentales gratuitos. Le recomendamos que aproveche esta oportunidad para mejorar la salud oral de su niño/a para prevenir caries.

- Las caries dental es la enfermedad mas común en la infancia y esto puede causar dolor, dificultad para comer, hablar o dormir.
- 40% de los niños Americanos tienen caries dentales a la edad de 6 años.
- Las investigaciones demuestran que la aplicación de barniz de fluoruro reduce caries dentales de un 25%-45%.

Que es el barniz de fluoruro?

- Braniz de fluoruro es 5% resina de fluoruro de sodio que se aplica sobre los dientes para ayudar a que el esmalte sea mas fuerte y resistente ala carie dental.
- Los estudios demuestran que el barniz de fluoruro es más efectivo cuando es aplicado por lo menos 3 veces al año.
- El barniz de fluoruro forma una capa de protección sobre los dientes.

Por favor note que FHCHC va a cubrir los costos del servicio y **USTED NO TENDRÁ QUE PAGAR NINGUNA TARIFA**. PERO si usted tiene seguro dental, ellos serán responsables del pago. Por favor asegúrese que usted llene abajo toda la información cera del seguro medico.

**Al completar esta porción doy a Flint Hills Community Health Center permiso para aplicar el barniz de fluoruro a mi hijo/a y colectar el pago de KanCare y/o del Seguro Dental.**

KanCare #: \_\_\_\_\_  
 United Health Care  Aetna  Envolv

Seguro Privado - Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Información del subcriptor (Toda la información debe ser proporcionada):

Apellido:	Primer Nombre:	Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:
# de Seguro Social:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Empleador:	Relacioncon el paciente:		
Firma de Padre/Tutor:			Fecha: