

Southern Oregon Child and Family Council Inc.

1001 Beall Lane, PO Box 3697 - Central Point, OR 97502 – (541)734-5150 – FAX (541)734-2279

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Guardián: _____ # de teléfono: _____

Autorización para el servicios higiene dental

Durante el año escolar nosotros ofrecemos servicios de higiene dental y el tratamiento de fluoruro a ningún costo para ti. Si gustas que tu hija/o reciba estos servicios que estarán dados en el centro de su niño por una higiene dental tres veces por año escolar.

Favor de inicial nomas una opción, y su firma abajo:

_____ No – no quiero que mi niño participe en este servicio.

_____ Si – Me gustaría que mi niño participe en los exámenes de higiene dental y también el tratamiento de fluoruro.

_____ Si – Me gustaría que mi niño participe en los exámenes de higiene pero no el tratamiento de fluoruro.

Si SI, favor, lea lo siguiente y ponga sus iniciales.

Como responsable, yo doy permiso para que mi hijo/a, reciba de higiene dental y aplicación de esmalte de fluoruro gratuito (tal como ha sido indicado) durante el año escolar. También doy permiso para el intercambio de información de mi hijo entre los siguientes: Head Start, Capital Dental, y el dentista particular de mi hijo. Este consentimiento tendrá validez por todo el tiempo que su hijo/a este en el programa de Head Start. Los resultados de todos los exámenes serán colocados en el archivo de Head Start de mi hijo. Al firmar este formulario, también reconozco que he recibido una copia del Aviso de Capitol Dental Care de prácticas de privacidad.

_____ yo estoy de acuerdo con la declaración.

Firma Del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

