

## Formulario de Permiso Dental para Prekindergarten/Head Start

Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS)  
(Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery)  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

### INSTRUCCIONES

Cuando un alumno se inscribe en la escuela, los profesionales de salud escolar revisan la información de salud del alumno, incluyendo la salud dental. Cuando se identifican problemas de salud, los profesionales de salud escolar ayudan a los alumnos y a los padres/guardianes a acceder a servicios de salud adecuados, incluyendo atención dental.

Por favor complete las Secciones I y II de este formulario y pídale al dentista o higienista dental de su hijo/a que complete y firme la Sección III de este formulario (si su hijo/a no tiene un dentista/higienista dental, por favor deje esta sección en blanco). Envíe el formulario completo a la enfermería de la escuela de su hijo/a.

Mientras estén en el Programa de Prekindergarten/Head Start, todos los niños serán evaluados/revisados por un higienista dental usando un espejo dental. Cuando la prueba de detección indique la necesidad de un tratamiento dental, el higienista dental notificará a los padres/guardianes. El higienista dental ayudará al padre/madre/guardián a encontrar tratamiento dental. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el coordinador de servicios de salud de DHHS, llamando al 240-777-1645.

### SECCIÓN I: Debe Ser Completada por el Padre/Madre/Guardián

Nombre del Alumno	Número de Estudiante	
Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento	Grado

### SECCIÓN II: Debe Ser Completada por el Padre/Madre/Guardián

Marque la casilla apropiada (SÍ o NO) a continuación. Tenga en cuenta que el higienista dental realizará las pruebas de detección/chequeo, cepillado de dientes y tratamiento de barniz de fluoruro dentro del salón de clase.

- Otorgo mi permiso para que se revise la dentadura de mi hijo/a  Sí  No
- Otorgo mi permiso para que el higienista dental le cepille los dientes a mi hijo/a  Sí  No
- Otorgo mi permiso a DHHS para que verifique el tratamiento con el dentista/higienista dental de mi hijo/a  Sí  No
- Otorgo mi permiso para que mi hijo/a reciba un tratamiento de barniz de fluoruro (para alumnos de Head Start y posiblemente alumnos de Pre-K de día completo)  Sí  No

¿Padece su hijo/a de alguno de los siguientes? Por favor indique Sí o No a continuación:

- Alergias (a alimentos, insectos, medicamentos, látex, estacionales)  Sí  No  
(Tenga en cuenta que si su hijo/a tiene alergias, eso también debe anotarse en el Formulario 565-1 de MCPS incluido en este paquete y en el Formulario 525-13 ó 525-14 de MCPS).

Nombre del dentista/higienista dental \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de la última visita dental \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a asistencia médica/seguro/Care for Kids (atención médica para niños)/seguro médico privado?  Sí  No

### SECCIÓN III: Autorización del Padre/Madre/Guardián

Entiendo que la información indicada en este formulario se mantendrá confidencial.

Estoy de acuerdo en que al escribir mi nombre y la fecha de hoy a continuación, y al enviar este formulario por correo electrónico, tengo la intención de que lo siguiente constituya y sea el equivalente a mi firma personal.

Nombre del Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA SALA DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA DE SU HIJO/A.**