****

**Formulario de Permiso**

**Para Chequeo Dental**

**y Fluoruro**

***GRATIS***

Family Health Care

300-340 Southwest Boulevard

Kansas City, KS 66103

913-722-3100, ext 210

[www.FHC-Smiles.org](http://fhc-smiles.mozello.com/)

Querido padre o madre:

Por favor provea la siguiente información:

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KANCARE/Medicaid # 001- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MOHealthNet# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor circule lo que corresponda: Sunflower / Aetna / United / Home State / Missouri Care

En esta fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se proporcionará un examen dental / verificación de colocación de fluoruro a los estudiantes que tengan permiso de los padres. Esta será una evaluación visual / verificación / colocación de fluoruro y no se tomarán radiografías dentales. No reemplaza un examen regular de dentista. Los resultados de la evaluación se enviarán a casa con el niño para que los padres los revisen.

Firma del padre / madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor devuelva este formulario a la enfermera de la escuela por esta fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_