



Formulario de Permiso Para Chequeo Dental y Fluoruro **GRATIS**

Family Health Care
340 Southwest Boulevard
Kansas City, KS 66103
913-722-3100, ext 210
www.FHC-Smiles.org

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

Barniz de Fluoruro: Si ___ No ___

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 _____