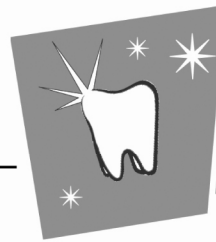


# BARNIZ DE FLUORURO



**bright smiles**  
FROM BIRTH

## Estimados padres:

Su hijo está en riesgo de caries de la primera infancia. Caries de la niñez temprana causa las caries dentales y las caries. Como una forma de prevenir las caries y la caries dental, Community Health Partnership de Illinois, esta oficina se ofrece a aplicar una capa protectora llamada barniz de fluoruro a los dientes de su hijo. El flúor es una manera segura y eficaz para prevenir la caries dental. Cuando el barniz de fluoruro tiene contacto con la saliva, se estabiliza para que los niños no se tragará el barniz. El barniz puede causar que los dientes se ven amarillos o deslucidos hasta que los dientes están cepillados al día siguiente. Barniz de flúor ha demostrado en estudios científicos para reducir las caries al 25-40%. Debido a que sólo una pequeña cantidad de fluoruro se utiliza, la posibilidad de efectos secundarios como las náuseas y los vómitos son muy bajos. Usted debe llamar al médico de su hijo o su dentista si su hijo se enferma después del tratamiento.

Para recibir estos servicios sin costo, Usted necesita firmar este formulario dando su consentimiento.

**Sí**, quiero que mi hijo/a reciba el barniz de fluoruro (por favor, rellene la parte inferior de esta forma.)

**No**, yo no quiero que mi hijo reciba estos servicios de barniz de flúor.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Su niño tiene/ha tenido problemas graves de salud? Sí:  No:

Si afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo tiene alguna alergia? Sí:  No:  En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo tiene un dentista? Sí:  No:

En caso afirmativo, ¿quién es el dentista de su hijo? \_\_\_\_\_

4. Su hijo ha ido a un dentista en el último año? Sí:  No:  En caso afirmativo, ¿cuando? \_\_\_\_\_

5. Ha tenido su hijo barniz de fluoruro antes? Sí:  No:  No lo sé:

Nombre del Padre / Guardian 's (DE MOLDE):  
\_\_\_\_\_

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Este servicio no sustituye a una evaluación completa.  
Le recomendamos que un dentista revise regularmente a su hijo.**

## For Office Use Only

Comments \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Varnished place on: \_\_\_\_\_ by: \_\_\_\_\_

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Illinois Chapter