

FORM FOR THE APPLICATION OF FLUORIDE VARNISH ON CHILDREN

REGISTRATION:

Child's Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: M F

Child's Address: _____

City: _____ Zip Code: _____ Phone: _____

Medi-Cal Number: _____ SS#: _____

MEDICAL HISTORY:

1. Has the child ever had, been diagnosed with or currently have ANY medical condition? Yes No

If "Yes" please explain _____

2. Does your child have ANY allergies to food, medicines, materials or substances? Yes No

If "Yes" please explain _____

3. Does your child ever want to "Throw up" after tasting or eating something that is unfamiliar? Yes No

CONSENT:

Fluoride varnish was recently recognized by the dental profession as an extremely effective means of preventing the formation of incipient "Cavities" on teeth. The material consists of a high concentration of fluoride solution mixed with a dental "varnish" that holds the fluoride solution against the enamel surfaces of the teeth for up to 7 days. Unlike fluoride rinses and topically applied fluoride from a dental office, fluoride varnish adheres to the tooth surfaces long enough to allow for sufficient "uptake" of fluoride ions onto the enamel surfaces of the teeth making these surfaces much less vulnerable to the formation of "cavities." Fluoride varnish is also known to "sclerose" (harden) active cavities on teeth making dental restorations (fillings) unnecessary on small cavities. There are NO known allergies to fluoride varnish and it has been applied for many years without incident on the teeth of children in Europe and Canada. There is NO discomfort to the patient associated with fluoride varnish. For fluoride varnish to be most effective the application is repeated up to three times over a course of three months. With your consent this application will be one of three applications of fluoride varnish. As the parent or legal guardian you consent to the application of fluoride varnish on your child's teeth to prevent the formation of cavities with your signature below:

PARENT'S NAME	PARENT'S DATE OF BIRTH	PARENT'S SIGNATURE	TODAY'S DATE
What is the patient's primary race?	American Indian/Alaskan Native Asian Black/African American More Than One Race	Pacific Islander White Unknown/Refused to Report Other	
What is the patient's ethnicity?	Hispanic	Not Hispanic	
What is the Primary language spoken in the home?	Spanish English	Tagalog Other	Refused to report
Describe your current living situation.	Currently own or rent (with a written agreement) Staying with Family or friends Hotel/Motel Room Transitional or Recovery House Refused to report	Street, Car, Tent Homeless Shelter Other	
How many family members are living in your household?:	_____		
What is your approximate family gross monthly income? (Before Taxes)	_____		
Have you completed service in the United States Military: () Yes () No			

FORMA PARA APLICAR BARNIZ DE FLUORURO A LOS NINOS

REGISTRACION:

Nombre y Apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
 Dirección (Donde vive el niño) _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
 Número de Medi-Cal: _____ Número de Social Seguridad: _____

HISTORIA MEDICA (Por favor conteste todas las preguntas):

1. ¿Alguna vez ha tenido su hijo(a), diagnosticado con o tiene actualmente alguna condición medica? Si No
 Si marca "SI" por favor explicar _____
2. ¿Tiene su hijo(a) alguna alergia a comida, medicina, materiales o sustancia? Si No
 Si marca "SI", a que tiene alergia?: _____
3. ¿Su hijo(a) ha querido vomitar después de probar o comer algún sabor diferente? Si No

CONSENTIMIENTO:

El Barniz de fluoruro ha sido reconocido por las dentistas como una manera muy eficaz de prevenir la formación de caries en los dientes. El material tiene una concentración alta de fluoruro que mantiene la solución de fluoruro en el esmalte de los dientes hasta 7 días. Es diferente que el fluoruro que se pón en las oficinas dentales porque se pega el esmalte de los dientes por más tiempo para que el fluoruro se mete a los dientes para proteger los dientes de los caries. El barniz de fluoruro hace que los caries que ya existen en los dientes sean Más duras y así yita la necesidad de hacer restauraciones en los caries pequeñas. No se conoce ninguna alergia al barniz de fluoruro y se ha usado en Canadá y Europa por muchos años sin incidente. No causa ningún dolor hacer la aplicación del barniz de fluoruro. Para que el barniz de fluoruro sea lo más efectivo, es mejor tener 3 aplicaciones a través de 3 meses. Con su consentimiento, eso será la PRIMERA de TRES aplicaciones del barniz. Como el padre o guardián del niño(a), usted da su consentimiento para aplicar el barniz de fluoruro a los dientes de su hijo(a) para prevenir las caries con su firma abajo:

ESCRIBE SU NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO SU FIRMA FECHA DE HOY

Seleccionar de la lista de raza para la paciente:	Nativo norteamericano/de Alaska	Aisleñodel pacifico
	Asiático	Blanco
	Mas de una nacionalidad	Africano Americano
	Hawaiano Nativo	Desconocido/me Niegó a Informar
	Desconocido/me Niegó a Informar	
Identidad favor de seleccionar uno:	Hispano	No hispano
El principal idioma que se habla en su casa:	Español	Otro
	Inglés	Niegó a Informar
	Tagalog	
Describa favor su estado de vivienda:	Es dueño or renta (con ascuerdo legal)	Casa de Refugio
	Vive con al familia o con amigos	Otro
	La Calle, El carro, Casa de campar	Me Niegó a Informar
	Cuarto de Hotel/Motel	Cas de recuperación o de transición
¿Quantos miembros de la familia viven en su casa?: _____		
¿Quál es su ingreso aproximado mensual en bruto? (Antes de taxes) _____		
¿Ha completado su servicio militar en los Estados Unidos? () Si () No		

DENTAL TREATMENT, SERVICES & PRODEDURES WERE DIRECTED, CHECKED AND APPROVED UNDER THE DIRECT SUPERVISION OF THE ATTENDING DENTIST PRIOR TO THE DISCHARGE OF THE PATIENT.

ATTENDING DENTIST'S SIGNATURE: _____

<u>Examination:</u>				
Calculus:	<input type="checkbox"/> Slight	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Heavy	
Oral Hygiene:	<input type="checkbox"/> GOH	<input type="checkbox"/> FOH	<input type="checkbox"/> POH	<input type="checkbox"/> VPOH
Plaque:	<input type="checkbox"/> Slight	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Heavy	
Stain:	<input type="checkbox"/> Slight	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Heavy	
Bleeding:	<input type="checkbox"/> Slight	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Heavy	
Occlusion:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ant. Flare <input type="checkbox"/> Cross Bite <input type="checkbox"/> Incomplete Dentition	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Open Anterior <input type="checkbox"/> L	

<u>TREATMENTS:</u>		
<u>Date:</u>	<u>Treatments:</u>	<u>CDT:</u>
_____	New Patient Exam	D0150
_____	Tooth Brush Propy (CHILD)	D1120
_____	Fluoride Varnish	D1206

Additional Notes:
If the patient is an adult please indicate whether or not she is pregnant.
