

FREE

School Dental Varnish Program Consent Form



Amelia Earhart Elementary Varnish Date: Friday, October 28, 2022

Student's name (print clearly): Last: _____ First: _____

Student's Gender: Male ☐ Female ☐ Other ☐ Student's Date of Birth: ____/____/____

Would you like your child's teeth varnished for free?

Yes, please varnish my child's teeth.
Parent/Guardian signature needed below

☐

No, please do *not* varnish my child's teeth.

☐

What grade is the student in: _____

Is the student Hispanic or Latino? ☐ Yes ☐ No

Does the student have dental insurance?

☐ Yes ☐ No

What is the student's race? (Select one or more responses)

☐ Native American
or Alaskan Native

☐ Native Hawaiian or
other Pacific Islander

☐ African American or Black

☐ Asian

☐ White

If you checked "No", your child may be eligible
for free or low-cost health insurance

☐ Would you be interested in obtaining
health or dental insurance for your child?

Consent: I authorize Community Health Connect, Utah County Health Department, MTec and any other person associated or assisting them to proceed with administering the fluoride varnish that will help prevent cavities on my child's teeth. I also accept any and all possible risks, including, but not confined to, temporary inflammation of the gums in extremely rare cases. I have had the opportunity to read information regarding the varnish. If you have any more questions, please call (801)-818-3012 and speak with Rachel Lovejoy.

Parent/Guardian Signature: _____ Date Signed: ____/____/____

Address: _____ Phone Number: _____



FOR OFFICE USE ONLY:

Teeth Have Been Varnished:

YES ☐ NO ☐

Students Level of Oral Health

LEVEL 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐



Solicitud de Autorización para el Programa Escolar de Flúor Dental



Amelia Earhart Elementary Día del evento: Viernes, 28 de Octubre 2022

Nombre del estudiante (imprime claramente): Apellido _____ Nombre de pila _____

Género del estudiante: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro Fecha de nacimiento del estudiante ____/____/____

¿Usted quiere que pongamos varnis del flúor por los dientes de su hijo(a)?

☐

Sí. Quiero que se le aplique el flúor a los dientes de mi hijo(a).

Padre / tutor firma se necesita debajo.

☐

No. No quiero que se le aplique el flúor a los dientes de mi hijo(a)

¿En qué grado está el estudiante? _____

¿El estudiante es Hispano o Latino? ☐ Sí ☐ No

¿El estudiante tiene seguro dental?

☐ Sí ☐ No

Si marcó "No", su hijo puede ser elegible para un seguro de salud gratuito o de bajo precio

☐ ¿Estarías interesado en obtener seguro de salud o de dental para su hijo?

¿Cuál es la raza del estudiante? (Elija una o más respuestas)

☐

Nativo Americano

☐

De las Islas Pacíficas

☐

Afroamericano (negro)

☐

Asiático

☐

Blanco

Consentimiento: Autorizo a Community Health Connect, Utah County Health Department, MTec, y a cualquier otra persona asociada con ellos o que les preste ayuda, a administrar la aplicación de flúor para prevenir caries en los dientes de mi hijo(a). Acepto cualquier riesgo posible, incluido, pero no limitado a la inflamación temporal de las encías en casos extremadamente raros. He tenido la oportunidad de leer información sobre el flúor y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Si tiene más preguntas, por favor llame (801)-818-3012 y hable con Rachel Lovejoy.

Firma del padre/ guardián legal _____

Fecha de la firma ____/____/____

Dirección _____

Número telefónico _____



FOR OFFICE USE ONLY:

Teeth Have Been Varnished:

☐

YES

☐

NO

Students Level of Oral Health:

LEVEL

1

☐

2

☐

3

☐