

A. T. Still University Arizona School of Dentistry & Oral Health

Q: What is a dental screening?

A: A limited check of your mouth that is completed to look for possible signs of cavity, plaque (soft build-up), tarter (hard build-up), abnormalities, or injury, and the potential need for further treatment. **This service can cost up to \$40 in a dental office.**

Q: What is fluoride varnish and how can it help your teeth?

A: Fluoride varnish is increasingly popular and safe choice for preventing a cavity. The sticky, flavored, varnish is “painted” onto the tooth surfaces. The fluoride hardens on the tooth to strengthen the tooth. Studies have shown 25-45% reductions in the cavity rate with the use of fluoride varnish. **This service can cost up to \$40 in a dental office.**

Q: Why should you sign this permission slip?

A: Taking advantage of this opportunity to prevent cavities can result in healthier teeth and could save you money by reducing the number of future fillings needed. **These services are free today and valued at \$80.**

With your permission, a dental student supervised by a dentist or dental hygienist will perform a limited dental screening, provide oral health education and a fluoride varnish application. A dental referral sheet will be provided for follow-up care.

A results form from the dental screening will be provided.

THIS SCREENING DOES NOT TAKE THE PLACE OF A REGULAR DENTAL EXAM. A DENTAL EXAM WILL INCLUDE X-RAYS.

PRINT Your Name/Child's Name: _____

Your Date of Birth/Child's Date of Birth: _____ Your age/Child's age: _____

Do you/your child have sensitivity/allergy to wood, tree nut, or resin products?	Yes	No
Are you/your child allergic to fluoride?	Yes	No
Are you/your child allergic to latex? (balloons, bandages, rubber bands)	Yes	No
Are you/your child in good health?	Yes	No
Are you/your child taking any medications?	Yes	No
If yes, please list the medications _____		

PLEASE CHECK THE FOLLOWING BOXES TO RECEIVE FREE SERVICES!

- ☐ I give permission for myself/my child to receive a dental SCREENING.
- ☐ I give permission for myself/my child to receive a dental FLUORIDE varnish treatment.
- ☐ I consent to photography, filming, and recording of myself/my child for the purpose of dental education, the advancement of dentistry and promotional events.

PRINT Your Name/ Name of parent or guardian: _____

Your Signature/ Signature of parent or guardian: _____ Date: _____

A. T. Still University Arizona School of Dentistry & Oral Health

¿Que es una evaluación?

Una revisión de la boca bucar posibles signos de caries, placa, sarro, anomalías o lesiones, y necesidad potencial de tratamiento adicional. **Se cobra \$40 por este servicio en las oficinas dentales.**

¿Qué es barniz de flúor y cómo puede ayudar?

El barniz de flúor está aumentando en popularidad y es una opción segura para prevenir las caries dentales. Este esmalte pegajoso, con sabor a chicle, se pinta en el diente y se queda allí por horas. El flúor se absorbe en el diente y lo fortalece. Estudios han demostrado una reducción del 25 al 45% en el índice de decaimiento dental cuando se usa el esmalte de flúor. **Se cobra \$40 por este servicio en las oficinas dentales.**

¿Por qué debe firmar esta hoja de permiso?

El aprovechar esta oportunidad para prevenir las caries dentales, se puede resultar en dientes más saludables y puede ahorrarle dinero y tiempo, reduciendo al mismo tiempo el número de empastes dentales que se necesiten.

Hoy estos servicios están ofrecidos por gratis, normalmente están valorado a \$80.

Con su consentimiento, un estudiante de odontología supervisado por un dentista o higienista dental, examinará los dientes de su niño, proveerá educación acerca de la salud oral, y una aplicación de fluoruro topico. **ESTE ANALISIS NO TOMA EL LUGAR DE UN CHEQUEO DENTAL COMPLETO.**

Se proporcionará un formulario de resultado de la evaluación.

ESTE EVALUACION ES DIFERENTE QUE UN EXAMEN DENTAL. LOS EXAMENES DENTALES INCLUYEN RADIOGRAPHIA.

De Imprima tu Nombre/ El Nombre del niño:

Tu Fecha de Nacimiento/ Fecha de Nacimiento del niño: _____

Tu Edad/ La Edad del niño: _____

¿Usted / su hijo tienen una sensibilidad o alérgicas a la madera, de frutos secos y a productos de resina?

Sí No

¿Usted / su hijo tienen una

Sí No

¿Usted / su niño alérgico al látex? (globos, curitas, liga)

Sí No

¿Está usted / su niño en buena salud?

Sí No

¿Está usted / su hijo tomando algún medicamento?

Sí No

¿Qué medicamentos? _____

¡SELECCIONE Y MARQUE LOS SERVICIOS PARA RECIBIRLOS GRATIS!

☐

Yo doy permiso para que yo mismo / a mi hijo para recibir un CRIBADO dentales.

☐

Yo doy permiso para que yo mismo / a mi hijo para recibir un tratamiento de barniz de flúor.

☐

Doy mi consentimiento a la fotografía, filmación, grabación y de mí mismo / a mi niño para el propósito de la educación dental, el adelanto de la odontología, y eventos promocionales.

De imprima su nombre/ Nombre del padre, madre o tutor _____

Su Firma/ La Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____