



St. Elizabeth's
HEALTH CENTER

140 W. Speedway Suite 100
Tucson AZ, 85705
(520) 628-7871

DENTAL HYGIENE SERVICES FLUORIDE VARNISH AND ORAL SCREENING CONSENT

Please follow these simple steps:

1. Fill out this form completely
2. Sign and date
3. Return this form to the school to have your child treated

Child's Name:			
Last Name		First Name	Middle Initial
School:			
Child's Gender: MALE FEMALE		Grade:	Date of Birth:
Parent/Legal Guardian:		Best Phone Number to reach you during the school day:	
Address:	City:	State:	Zip:
Dentist Name:		Teacher's Name:	
*Dental Insurance: AHCCCS #: NONE Other:			
My child is taking (list medications):			
My child is allergic to:			
My child has experienced the following (Please Circle): -High blood pressure - Heart Surgery -Asthma -Epilepsy -Diabetes Other (please describe): Behavioral considerations (please describe):			

I give my consent for the child named above to receive from St. Elizabeth's Health Center, and/or one of its representatives, hygiene services; which may include fluoride varnish. I also hereby consent to the release and exchange of information, including any personal health information and scheduling information, between St. Elizabeth's Health Center and the Dentist of Record.

Signature: _____

Date: _____

Legal Parent/Guardian

FOR MORE INFORMATION ABOUT THESE SERVICES OR ST. ELIZABETH'S, PLEASE CALL 520-628-7871

140 W. Speedway Suite 100 Tucson AZ, 85705



St. Elizabeth's
HEALTH CENTER



St. Elizabeth's
HEALTH CENTER

140 W. Speedway Suite 100
Tucson AZ, 85705
(520) 628-7871

SERVICIOS DE HIGIENE DENTAL BARNIS DE FLUORURO Y CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN ORAL

Por favor siga estos simples pasos:

1. Llene por completo este formulario
2. Firma y fecha
3. Regrese este formulario a la escuela para que su hijo sea tratado

Nombre del Niño:			
Apellido		Nombre	Inicial De Segundo Nombre
Escuela:			
Sexo del Niño: HOMBRE MUJER		Grado:	Fecha de Nacimiento:
Padre/Tutor Legal:		Mejor Número de teléfono para hablar durante el día escolar:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del dentista:		Nombre del Maestro:	
* Seguro Dental:			
AHCCCS #:		NINGUNO	Otro:
Mi hijo está tomando (lista de medicamentos):			
Mi hijo es alérgico a:			
Mi hijo ha experimentado la siguiente (Por favor círculo):			
- Hipertensión		- Cirugía cardíaca	-Asma
- Epilepsia		- Diabetes	
Otro (porfavor describa):			
Consideraciones de Comportamiento (porfavor describa):			

Yo doy mi consentimiento para que el niño/a nombrado anteriormente reciba de St. Elizabeths Centro de Salud, y/o uno de sus representantes, servicios de higiene; que puede incluir esmalte de fluoruro. También doy mi consentimiento para intercambiar información, incluyendo cualquier información de salud personal e información de citas, entre St. Elizabeths Centro de Salud y su dentista de registro.

Firma: _____

Fecha: _____

Madre/Padre/Guardian

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTOS SERVICIOS O ST. ELIZABETH DE, POR FAVOR LLAMAR 520-628-7871

140 W. Speedway Suite 100 Tucson AZ, 85705



St. Elizabeth's
HEALTH CENTER