CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BARNIZ DE FLUOR

**DEBE TENER PRESENTE QUE**:

* El Barniz de Flúor, puede producir un leve cambio temporal en el color en los dientes.
* No podrá consumir alimentos al menos durante las siguientes cuatro (4) horas posteriores a la aplicación del Barniz de Flúor.
* Con posterioridad a este tiempo, los alimentos a consumir no deben ser pegajosos ni abrasivos (chicles, dulces, entre otros)
* Por esta vez, no podrá realizar cepillado dental sino hasta la mañana siguiente
* La fecha de la próxima aplicación es: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_\_\_

Para recibir estos servicios sin-costo usted debe proveer la siguiente información, como consentimiento informado.

 Sí, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

 No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

**Nombres y apellidos del Niño(a) / Adolescente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de Nacimiento Día \_\_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_\_\_

Grupo étnico al que se reconoce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: Zona: (Urbana) (Rural)

Nombre de la EPS \_\_\_\_\_\_\_ Tipo de Afiliación: Contributivo Subsidiado Especial \_\_\_\_\_ Sin Afiliación

Nombre del Cuidador o Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_\_

**Antecedentes médico/odontológicos relevantes**:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a) / adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de los Padres o acudiente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\* Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. \*\*\*\*\*

**ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE**

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Número de Dientes Presentes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Numero de Dientes Aplicados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Numero de Dientes Cariados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del profesional responsable**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_