



**Town of Fairfield**  
Fairfield, Connecticut 06824  
*USO DENTAL DE LA CLINICA*

Public Health Nursing  
100 Mona Terrace

Telephone (203) 256-3150  
Fax (203) 256-3172

Para: Padres de Familia/Guardián

Del: Director del Departamento de Salud de Fairfield, CT

El Departamento de Salud de Fairfield, CT provee limpieza y tratamiento de fluoruro dental para todos los estudiantes con ingreso limitado. Adicionalmente, existe un fondo monetario, limitado, para estudiantes que presenten prueba de ingreso limitado y sean residentes de Fairfield para cuidar de caries y extracto de dientes. **Si tiene seguro dental como Husky o Title 19 (Medicaid) debe proporcionar los 9 números de identificación, para poder recibir el servicio dental. El Departamento de Salud de Fairfield ha sido aprobado por el estado de CT a ser proveedor de dichos seguros.**

**SI USTED DESEA SOLICITAR** limpieza, tratamiento de fluoruro o servicios de dentista para su niño/ña provea la información necesaria y **REGRESE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA EN LA FECHA INDICADA** **TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS.**

|   |       |  |
|---|-------|--|
| Nombre del estudiante _____ Escuela _____ Grado _____   |       |  |
| Dirección _____   |       | Teléfono _____   |
| Su niño/ña tiene algún problema con el corazón o alguna condición médica que requiera antibiótico antes del servicio dental? Si _____ No _____  |       |  |
| Su niño/ña tiene seguro?  | Cuál? | ID# _____ HUSKY Insurance<br>ID# _____ Medicaid (Title 19)<br>_____ Seguro Dental privado<br>_____ Ninguno |
| Alguna vez ha solicitado Medicaid (Title 19) o HUSKY? _____ Si _____ No _____   |       |  |
| Necesitamos información de ingreso y su firma en la parte inferior. Usted será notificado si su solicitud es aprobada.<br>Máximo ingreso anual de la familia \$ _____<br>Número de personas en su familia _____ |       |  |
| Doy permiso a mi hijo/ja nombrado/a anteriormente a que reciba limpieza y tratamiento de fluoruro de la Asistente Dental, en la escuela, si el elegible a recibir los servicios.                                |       |  |
| Firma del Padre de familia/Guardián _____   |       | Fecha _____  |
| Teléfono al que le podemos llamar durante el día _____  |       |  |
| DH-2-Spanish September2014  |       |  |