



**CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION
1800 MT. VERNON AVENUE, 2ND FLOOR
BAKERSFIELD, CALIFORNIA 93306
(661)321-3000**

Dental Referral

The **Kern County Public Health Services Department**, Child Health & Disability Prevention (CHDP) Dental Program provides:

- Dental Health Education, Nutrition and Information
- Fluoride Varnish Application
- Linkage to a Dental Home

Referred By Agency/Name: _____

Phone #: _____

Race/Ethnicity of Parent/Caregiver (Check all that applies) American Indian/Alaska Native
 Asian/Pacific Islander Black Hispanic White Other: _____

Child's Name _____ DOB: _____ Age: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code _____

Phone Numbers: Work _____ Home _____ Cell _____

Yes, I want my child to be referred to a dental home
 Yes, I want my child to be referred for fluoride varnish application

Date: _____

Parent/Guardian Signature: _____
(Signature is required)

Parent/Guardian's Name: _____
(Print)

It is advised by the American Academy of Pediatrics and the American Dental Association that all children should see a dentist **by age 1** year. **Fluoride varnish treatment does NOT take the place of a regular dental examination in a dental office or an exam for school entry.** Fluoride varnish treatment is recommended for children age 5 and under.

Please answer the following questions:

1. Does your child have any allergies? Yes No
 If yes, please list _____
2. Does your child have asthma? Yes No

CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION
1800 MT. VERNON AVENUE, 2ND FLOOR
BAKERSFIELD, CALIFORNIA 93306
(661)321-3000

Remisión Dental

El **Departamento de Servicios del Condado de Kern Salud Pública**, Salud Infantil y Prevención de Discapacidades (CHDP) Programa Dental ofrece:

- Educación Dental, Nutrición y Información
- Remisión para la aplicación del barniz de fluoruro
- Asistencia en la obtención de un hogar dental.

Nota: El barniz de fluoruro no es recomendable para los niños con antecedentes de alergia a las resinas de madera o asma o cualquier otra condición respiratoria. Al firmar el formulario de consentimiento está verificando que su hijo no tiene las alergias o condiciones mencionadas anteriormente.

Referido Por Agencia/Nombre: _____ Teléfono(s): _____

Agencia: _____

Raza / origen étnico del padre / cuidador (Marque todo lo que aplica):

- Los indios americanos / nativos de Alaska Asiático / Islas del Pacífico Negro
 Hispano Blanco Otro: _____

El nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____

Dirección: _____ Código Postal/Casa _____

Teléfono #(s): _____

- Sí, quiero que mi hijo sea referido a un dentista
 Sí, quiero que mi hijo sea referido para la aplicación de barniz de flúor

Fecha _____

Firma del padre / tutor _____
(Se requiere la firma para que su hijo reciba el barniz de fluoruro)

Nombre del padre / tutor impreso _____
(Letras mayúsculas)

Se aconseja por la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Dental Americana que todos los niños empiezan a ver a un dentista a la **edad de un año**. Este tratamiento de barniz de fluoruro no toma el lugar de un examen dental regular en un consultorio dental o un examen para entrar a la escuela. ***El barniz de fluoruro es recomendable para niños de 5 años o menos de edad.*** Por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Su hijo tiene alguna alergia? Sí No
En caso afirmativo, indique _____
2. ¿Su hijo tiene asma? Sí No