



1800 Mt. Vernon Ave 2nd Floor
Bakersfield, CA 93306
661-321-3000



Dental Referral

The Kern County Public Health Services Department, Oral Health Program provides:

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

Date: _____

Referred by: _____ Program/Agency: _____

Phone: _____ Fax #: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Parent/Guardian: _____ No. of Children (0-5yrs): _____

Name of child	DOB	Name of child	DOB
1.		3.	
2.		4.	

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Best time to contact: _____

Race/Ethnicity of Parent/Caregiver (check all that apply):

- American Indian/ Alaska Native
 African American
 Hispanic/Latino
 Caucasian
 Asian/ Pacific Islander
 Other: _____

Services needed (check all that apply):

- Family wants child(ren) to be referred to a dental home.
 Family wants child(ren) to be referred for fluoride varnish application.

It is advised by the American Academy of Pediatrics and the American Dental Association that all children should see a dentist **by age 1**. **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 can be applied as soon as the first tooth comes out and up to age 5.

Please answer the following questions:

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



1800 Mt. Vernon Ave 2nd Floor
Bakersfield, CA 93306
661-321-3000



Referencia Dental

Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern, El Programa de Salud Bucal ofrece:

- Educación de Salud Bucal
- Información de Nutrición
- Aplicación de Barniz de Fluoruro
- Referencia a un Hogar Dental

Fecha: _____

Referido por: _____ Programa/Agencia: _____

Teléfono _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Madre/Padre/Proveedor de cuidado: _____ Número de hijos/as (0-5años): _____

Nombre de hijo/a	Fecha de nacimiento	Nombre de hijo/a	Fecha de nacimiento
1.		3.	
2.		4.	

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Mejor horario para contactarla/o: _____

Raza/Etnicidad de los Padres/Proveedores de cuidado (marque todo lo que aplica):

- Indio Americano/ Nativo de Alaska
Africano Americano
Hispano/Latino
Blanco
Asiático/ Islas del Pacífico
Otro: _____

Servicios que necesitan (marque todo lo que aplica):

- La familia quiere que refieran a su(s) hijo(s) a un hogar dental.
La familia quiere que refieran a su(s) hijo(s) para que le(s) apliquen barniz de fluoruro.

La Academia Americana de Pediatría y la Asociación Dental Americana recomiendan que todos los niños empiecen a ver al dentista a la **edad de un año**. **Tratamiento de barniz de fluoruro no toma el lugar de un examen dental regular en un consultorio dental ni de un examen para entrar a la escuela**. Barniz de fluoruro se recomienda para niños desde que tengan su primer diente hasta los 5 años de edad.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

- Su hijo tiene alguna alergia? Si No
En caso afirmativo, indique _____
- Su hijo tiene asma? Si No