

### Oral Health Screening & Fluoride Varnish Application

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño/a) (Fecha de nacimiento)

Phone Number: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_ AM or PM  
(Número de teléfono) (Centro de cuidado)

To receive this free service, you must provide consent.  
Para recibir este servicio gratuito, debe dar su consentimiento.

- Yes, I would like my child to receive oral screening with fluoride varnish.  
 Si, me gustaria que mi hijo/hija se sometiera a un examen oral con barniz de fluor.
- Yes, I would like my child to receive oral screening but do not want fluoride varnish applied.  
 Si, me gustaria que mi hijo/hija se sometiera a un examen oral, pero no quiero que se aplique barniz de fluor.
- No, I decline this service.  
 No, rechazo este servicio.

DOES YOUR CHILD CURRENTLY HAVE A DENTIST? YES NO  
SU NIÑO/ TIENE UN DENTISTA? SI NO

► **PARENT/GUARDIAN NAME & SIGNATURE** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LOS PADRES/ GUARDIAN)

- High Priority** – There are problem areas. Urgent or emergency care is needed. Patient should see a dentist as soon as possible.  
**Alta Prioridad** – Hay áreas problemáticas. Se necesita atención de urgencia o emergencia. El paciente debe ver a un dentista lo antes posible.
- Moderate Priority** – There are problem areas. Patient should see a dentist within 3 months.  
**Prioridad Moderada** – Hay áreas problemáticas. El paciente debe ver a un dentista dentro de los 3 meses.
- Low Priority** – No cavities seen. Regular 6-12 months check-ups recommended.  
**Prioridad baja** – No se ven caries. Se recomiendan chequeos regulares de 6 a 12 meses.

Dentist Name: Maryam Mohsenzadeh, DDS

Dentist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_