Healthy Connections
Community Health Network

Healthy Connections, Inc.
Sealant and Fluoride Consent to Treat

___ I hereby give my consent to Healthy Connections to place sealants on my child's teeth.

___ I DO NOT give my consent to have sealants placed on my child's teeth.

___ I hereby give my consent to Healthy Connections to place fluoride on my child's teeth.

___ I DO NOT give my consent to have fluoride placed on my child's teeth.

Student Name: _____

Parent or Guardian's Signature: _____ Date: _____

Healthy Connections, Inc.
Consentimiento del sellador y el fluoruro para Tratar

___ Por lo presente SI DOY mi consentimiento a Healthy Connections para colocar selladores en los dientes de mi hijo/a.

___ NO DOY mi consentimiento a Healthy Connections para que se coloquen selladores en los dientes de mi hijo/a.

___ Por lo presente SI DOY mi consentimiento a Healthy Connections para colocar fluoruro en los dientes de mi hijo/a.

___ NO DOY mi consentimiento para que se coloque fluor en los dientes de mi hijo/a.

Nombre del Estudiante : _____

Firma del Padre O Tutor: _____ Fecha: _____