



CONSENTIMIENTO INFORMADO



“Sembrando Sonrisas” es un programa de salud bucal dirigido a párvulos y preescolares pertenecientes a establecimientos educacionales estatales. Consiste en: enseñanza de **cepillado dental**, **alimentación saludable** y **consumo de agua potable**. Además, incluye **examen de salud bucal**, entrega de **kit de higiene bucal** y dos aplicaciones de **flúor barniz** en el año.

Estoy en conocimiento que el Equipo de Salud Dental de la Corporación Municipal de Castro está realizando el Programa Sembrando Sonrisas:

En el Establecimiento: _____

Fecha Autorización

En el Nivel o Curso: _____

Día	Mes	Año

Consentimiento

☐ Si autorizo, libre y voluntariamente, que mi hijo(a) participe de este Programa y me comprometo a colaborar en el cuidado de su salud bucal.

☐ No autorizo que mi hijo(a) participe de este Programa.

Información de Salud del Niño(a)

Nombre y RUT del niño(a): _____

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año

¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez un problema de salud serio o algún tipo de alergia?

☐ No

☐ Si Por favor explique:

Información de persona que autoriza

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación con el niño(a):

Madre	Padre	Tutor

Firma persona que autoriza

ODONTOGRAMA SEMBRANDO SONRISAS

1.6	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	2.6
4.6	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	3.6

S	Sano
C	Cariado
E	Extraído
O	Obturado
T	Traumatismo
N	No Erupcionado

Cariados: ☐ Extraídos: ☐ Obturados: ☐ ceod: ☐ COPD: ☐

Observaciones: _____