



Formulario de Autorización para la Pasta Dental con Flúor (Pasta dental a granel/proporcionada por el programa)

Este Formulario de Autorización para la Pasta Dental debe ser **firmado por uno de los padres** si:

- Se usa una pasta dental con flúor para niños mayores de 2 años
- Se usa una pasta dental sin flúor, independientemente de la edad

Este formulario también debe estar firmado por un dentista o un proveedor de atención médica si usa pasta dental con flúor en niños menores de 2 años a los que ya le salieron dientes, según lo recomendado por la Asociación Dental Americana (ADA).

Nombre del Niño(a):	Edad y Fecha de Nacimiento:
Fecha de Inicio: / /	Fecha de Finalización: (hasta 12 meses después de 'la fecha de inicio') / /
Instrucciones Especiales:	

Pasta dental proporcionada por el programa *(para ser completado por el proveedor de cuidado infantil)*

Nombre de la pasta dental:	
Ingrediente Activo:	Fecha de Inicio: / /
Posibles efectos secundarios:	Más información sobre el producto:

Autorizo el uso de la pasta dental proporcionada por el programa para mi hijo(a).

Firma del Padre, madre o tutor

Fecha

***Firma del proveedor de atención médica**

Fecha

(Solo requerido para niños menores de 2 años que estén usando pasta dental con flúor).

Objetivo del medicamento:	Eliminar la placa dental/ restos de comida en los dientes y prevenir la caries
Modo:	Tópico
Cantidad a administrar:	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad del tamaño de un grano de arroz para niños menores de 3 años • La cantidad del tamaño de un guisante: para niños de 3 años en adelante *según las recomendaciones de la Asociación Dental Estadounidense
Cuando debe ser aplicado:	Una vez al día
Almacenamiento:	Temperatura ambiente