

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

Mamaroneck, NY 10543

CERTIFICADO DEL DENTISTA

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

.....

A SER COMPLETADO POR EL DENTISTA:

Fecha del último examen: _____

Marque el trabajo que fue completado en el último examen:

Inspección Limpieza Reparación Ningún tratamiento

Por favor provea cualquier información acerca de la salud dental del niño(a) que la enfermera escolar debería saber:

Nombre del dentista (por favor use letra de molde): _____

Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sello de la oficina del dentista (requerido):