

Padres Queridos:

Con el permiso del director de la escuela, la Sociedad Dental del Condado de Marin conducirá una investigación de salud dental en la escuela de su niño/a el _____.

Esta investigación será un CHEQUE VISUAL solamente y no utilizará a las radiografías, a los espejos, o a exploradores. Puede haber problemas dentales que no pueden ser visto a la hora de la investigación. Las citas dentales rutinarias están muy importante para detectar y evitar el daño de enfermedades dentales.

Los resultados de la investigación serán enviados a casa con su niño. Si usted no tiene un dentista familiar, por favor entre en contacto con la Sociedad Dental del Condado de Marin al 472-7974 para obtener una referencia.

Por favor de marcar lo apropiadao, firmar y devolver el formulario de abajo a la maestra/o de su niño/a cuanto antes.

FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO PARENTAL DENTAL

Nombre Del Niño/a: _____ Edad: _____

Maestra/o: _____ Grado: _____ Salón: _____

- () Permita por favor que mi niño participe en la investigación dental en la escuela.
- () Mi niño ha visto a dentista y está recientemente debajo tratamiento.
- () No deseo que mi niño vea al dentista en este tiempo.

Firma Del Padre: _____ Fecha: _____