



Dear Parent or Guardian,

In order to maintain good oral health it is important that your child be seen for dental care on a regular basis. One benefit of the schools dental program is the services are provided while your child is in school! This eliminates the need for you to take time off from work and to take them out of school to receive dental care.

The School Based Health Center Dental Program offers the following dental services:

- Prophylaxis (cleaning)
- Dental Exam
- Fluoride treatment
- Sealants
- Screening
- X-rays

If you would like your child to receive the above dental services by our dental team, please sign and return this form to the staff at the School Based Health Center as soon as possible. *Restoration/fillings* will only be completed with additional approval.

If you have an outside dental provider - we thank you and will update our records.

Sincerely,

The Dental Team

Please check the appropriate box, sign and return.

STUDENT NAME: _____

Yes, I would like my child to receive the above dental services

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

No, I do not want the SBHC to treat my child. I will bring my child to another dentist.

Dentist/Clinic Name _____

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Best phone number to contact you at _____



Estimado Padre o Tutor,

A fin de mantener una buena salud bucal es importante que su hijo sea visto para el cuidado dental sobre una base regular. Uno de los beneficios del programa dental estando en la escuela es que los servicios son proporcionados mientras su hijo está en la escuela! Esto elimina la necesidad de tomar tiempo libre del trabajo y sacarlos de la escuela para recibir cuidado dental.

El programa Dental del Centro de Salud Escolar ofrece los siguientes servicios:

- Profilaxis dental (limpieza)
- Examen Dental
- Tratamiento de fluoruro
- Sellantes
- Exámenes Visual
- RAYOS-X

Si usted quisiera que su hijo reciba los servicios dentales por nuestro equipo dental, por favor, firme y devuelve este formulario al personal del Centro de Salud Escolar tan pronto como sea posible. Restauración/empastes sólo se terminará con aprobación adicional.

Si tienes un proveedor dental exterior - le damos las gracias y actualizaremos nuestros registros.

Atentamente,

El equipo dental

Por favor marque la casilla apropiada, firmar y devuelve.

Nombre del estudiante: _____

Sí, me gustaría que mi hijo reciba los mencionados servicios dentales

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

No, no quiero que la SBHC para tratar a mi hijo. Voy a llevar a mi niño a otro dentista.

Dentista/Clinica Nombre _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

Mejor número de teléfono para contactar con usted en _____