

**CHAMBERSBURG AREA SCHOOL DISTRICT
SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA
EXAMEN DENTAL OBLIGATORIO
PARA GRADOS KINDER/ENTRADA ORIGINAL, 3 Y 7**

Referente: **Forma de examen Dental Obligatorio**

Para: _____ Grado: _____

El Departamento de Salud de Pensilvania requiere que todo niño(a) que entra a la escuela por primera vez (Kínder/entrada original) y grados 3 y 7 tengan un examen dental. Debido al conocimiento que tiene el doctor del historial dental de su hijo(a), nosotros recomendamos que su dentista haga el examen de su hijo(a). **Si su hijo(a) es examinado por el dentista de la familia, por favor pida al dentista que llene la forma adjunta y la devuelva a la enfermera de la escuela para.**

Si usted prefiere, su hijo(a) puede recibir examen dental por la higienista dental de la escuela sin costo para la familia. Los exámenes de la escuela son programados desde noviembre hasta mayo. Póngase en contacto con Melinda Ocker, RDH, PHDHP en el 717-729-4759 para preguntas sobre el examen dental sin costo.

Por favor marque su preferencia de la evaluación dental abajo, firme y devuelva a la enfermera de la escuela

Yo quiero que mi hijo(a) tenga el examen dental por la higienista dental de la escuela.

Marque uno: Sí _____ No _____ Marcando sí y firmando abajo da su permiso para que la higienista haga el examen dental obligatorio en todo los grados requeridos-Kínder, 3^{ro} 7^{mo} en los cuales no hay un reporte en el archivo de un examen privado. Este permiso podrá ser revocado en cualquier momento mediante el envío de una nota firmada a la enfermera de la escuela que indique que usted ya no desea que la profesional dental de la escuela realice los exámenes.)

ò

Yo solicito que el examen dental sea hecho por mi dentista de la familia y yo tengo una cita programada para el _____ (fecha). Yo he separado la parte adjunta y regresaré el informe del dentista de la familia con la firma la enfermera de la escuela.

La firma del Padre/Madre /Encargado _____ Fecha: _____

_____ separe y devuelva si el dentista privado hace el examen _____

CHAMBERSBURG AREA SCHOOL DISTRICT/Family Dentist Report

Name _____ Birthdate _____ Grade _____
Last First MI

The above named child last visited my office on _____ (DATE).

Currently, all necessary dental corrections have been made. Yes _____ No _____

If the answer is **NO**, fill in the following:

This child is in need of treatment for one or more of the following: Fillings _____ Extractions _____

Other/comments _____

This child is currently under treatment. Yes _____ No _____

Date submitted _____ Dentist's signature _____
Office address: _____