

- Please return TOP Portion to School TOMORROW/ Por favor devolver la porción de arriba a la escuela mañana

Hazleton Area School District

Escuela: _____ Grado: _____ Seccion: _____

Nombre del Estudiante: _____

(El Acto de Salud Escolar dice que todos los estudiantes de los grados K, 3 y 7 tienen que recibir chequeos dentales durante que están en la escuela.)

Por favor escoja entre lo siguiente:

_____ Yo quiero que le haga un chequeo con el proveedor dental de HASD.

_____ Yo quiero que le haga un chequeo dental con mi dentista privado:

* Nombre de dentista privado: _____

Fecha de la última visita (mes y día) _____

Firma de Padre/Guardián

Dirección de Padre/Guardián

Número de teléfono de Padres/Guardián

(Separar esta parte **solamente si un dentista privado** fue elegido)

Su dentista necesita completar este formulario durante su visita rutinaria y devolver a la escuela

Esto es para certificar la información siguiente:

Nombre de Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

_____ acepto recibir tratamiento dental.

_____ ya completo tratamiento dental.

Fecha del último tratamiento de fluoruro: _____

Firmá de Dentista: _____ Fecha: _____

POLITICA DE NO-DISCRIMINACION Es la política del Distrito Escolar del Area de Hazleton de no discriminar por motivos de raza, sexo, color, origen nacional, o discapacidad en sus programas educativos, actividades o políticas de empleo, tal como lo requiere el Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972 , y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. Consultas referidas al cumplimiento pueden ser dirigidas a: **Cathy Brogan, Title IX Coordinator, (570) 459-3221 Ext. 81539.**