

# Distrito Escolar Del Area de Hazleton

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: \_\_\_\_\_

Firma de Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_