

Distrito Escolar Del Area de Hazleton- Reporte Dental

Escuela: _____ Grado: _____ Sección: _____
Estudiante: _____

Estimado Padre/Guardian:

El dentista escolar examino los dientes de su niño el día de hoy. Este es solo un examen y NO reemplaza las exámenes regulares de seis meses hechas por su dentista familiar.

Por favor note la clasificación de su niño:

1. _____ No defectos en los dientes Permanentes.
2. _____ No defectos en los dientes Primarios.
3. _____ Defectos fueron notados en los dientes Permanentes, **por favor firme abajo.**
4. _____ Defectos fueron notados en los dientes Primarios, **por favor firme abajo.**
5. _____ Higiene Oral necesita mejorar.

Sólo si los defectos fueron notados, por favor marque uno de los siguientes, firme abajo y devuélvalo a la escuela:

1. _____ Mi niño está bajo el cuidado de nuestro dentista familiar: _____ (nombre del Dentista)
2. _____ Mi niño no tiene un dentista familiar.

Firma Del Padre/Guardián: _____ **Teléfono:** _____

👉 **Por favor observe que esta examinación no sustituye sus visitas dentales los cuales incluyen rayos x, limpiezas y tratamientos de fluoruro.**

👉 **Si DEFECTOS son encontrados por favor firme arriba e incluya el nombre del dentista de la familia.**