

Resultados de Examen Dental

Nombre del Niño _____

Estimado Padre o Tutor,

Su hijo ha recibido hoy un examen dental en la escuela. El resultado del examen indica que:

(Marcar todos los que correspondan)

____ Su hijo no tiene problemas dentales obvios .

____ Su hijo necesita cuidado preventivo de rutina y/o sellado dental.

____ Su hijo parece tener algunos problemas dentales que deberían ser evaluados por un dentista. Por favor haga una cita en cuanto pueda de forma tal que su hijo pueda recibir un examen completo. Su dentista determinará si es necesario algún tratamiento.

____ Su hijo parece tener una necesidad dental urgente. Por favor contacte un dentista en cuanto pueda para un examen completo.

No se tomaron rayos X y el examen no reemplaza un examen dental en el consultorio del dentista de su familia. Si no tiene un dentista familiar y necesita ayuda para obtener cuidado dental, pedir a la enfermera de la escuela.

Comentarios Adicionales _____

Padre: Por favor lleve este referido al dentista si en esta nota se le recomienda que lo haga. Devolver a la enfermera escolar con la firma del dentista cuando se ha completado el trabajo.

Nombre del Niño _____

Firma del Dentista _____

Fecha _____

