

Queridos Padres o Guardianes:

La Ley de Salud Escolar de Pennsylvania requiere un examen dental de cada estudiante que ingresa a la escuela por primera vez, en tercer grado y séptimo grado. Un estudiante que ingrese al distrito desde otro estado o desde otro distrito deberá presentar un examen para cumplir con este requisito.

Puede elegir que el dentista de la escuela le haga el examen sin costo, o que lo haga el dentista de su familia a su cargo. El dentista de su familia tiene un mejor conocimiento del historial dental de su hijo que el dentista de la escuela y está en la mejor posición para limpiarse los dientes, aplicar tratamientos preventivos y planificar procedimientos correctivos.

Si elige llevar a su hijo al dentista de su familia, cualquier examen con fecha del **1 de julio de 2024** después es aceptable. El dentista familiar debe completar el Informe adjunto del dentista familiar y devolverlo a la escuela antes del **30 de septiembre de 2025**.

Si elige que el dentista de la escuela realice el examen, se le notificará la fecha de la visita en caso de que desee estar presente. El examen dental de la escuela consiste en una evaluación visual de los dientes y las encías por un dentista con licencia y en ejercicio. La enfermera de la escuela le notificará cualquier condición que requiera la atención de su dentista familiar.

Si el examen dental no se completa y la prueba se presenta a la enfermera de la escuela apropiada, Ono da permiso por escrito para que su hijo vea al dentista de la escuela, su hijo puede ser excluido de la escuela. Complete la parte inferior del formulario en este momento que muestra su elección y devuélvelo a la enfermera de la escuela.

Sinceramente,



Thomas P Mirabella, Ed.D. Director de los Servicios de los Estudiantes

(Entregar a la enfermera de la escuela inmediatamente)

Nombre del Niño/a _____

Escuela _____

Grado _____

_____ **QUIERO HACER LA EXAMINACIÓN DENTAL DE MI NIÑO/A EN LA OFICINA DENTAL DE LA FAMILIA.**

Por favor de firmar la hoja y entregarla a la enfermera de la escuela.

Fecha de la examinación dental con el dentista de la familia _____

_____ **QUIERO LA EXAMINACIÓN DENTAL DESDE EL DENTISTA DEL DISTRITO Y DOY MI PERMISO POR FIRMANDO ABAJO.**

Por favor de firmar la hoja y entregarla a la enfermera de la escuela.

Firma de los Padres/Guardianes

Fecha