

Print on your school letterhead

Estimado padre o Guardianes:

Como sabe, (Enter your school name here) y el Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Missouri ofrecen un programa de salud bucal para ayudar a detener la caries dentales. Este programa se llama Programa de Servicios Preventivos (PSP). Debido a Covid-19, nuestra escuela ha optado por no participar en los exámenes de salud bucal completados a través del programa este año.

Sin embargo, el PSP todavía desea ofrecer artículos para el cuidado del hogar y barniz de flúor. Ambos son elementos importantes de prevención. El barniz de flúor se enviaría a casa o se aplicaría en la escuela. Si se envía a casa, el barniz deberá ser aplicado por un padre o tutor, se proporcionarán instrucciones de aplicación. Si el barniz se aplica en la escuela, será aplicado por personal escolar capacitado o voluntario. Las recomendaciones piden dos aplicaciones de barniz de flúor por año, aproximadamente con un intervalo de 3 a 6 meses. El barniz de fluoruro es seguro para detener y revertir áreas pequeñas de caries dental temprana. Su hijo también recibirá un cepillo de dientes, pasta de dientes e información sobre salud bucal gratis.

- La caries es la enfermedad infantil más común que se puede detener.
- Los niños en los U.S. pierden más de 51 millones de horas de escuela debido a problemas dentales.
- La caries en los dientes de leche y de adultos puede ser dolorosa. Puede impedir que los niños coman, hablen, duerman y aprendan.

Este servicio no reemplaza un chequeo dental regular. Se recomienda visitar al dentista una vez al año.

No hay costo por el tratamiento de barniz de flúor; pero debes dar tu consentimiento.

_____ **Sí**, acepto **DOS** aplicaciones de barniz de flúor para mi hijo. **El PRIMER** paquete de barniz de fluoruro y las instrucciones se enviarán a casa con mi hijo, o el personal de la escuela aplicará el barniz. **El SEGUNDO** paquete de barniz de fluoruro se enviará a casa o el personal de la escuela lo aplicará en 3-6 meses.

_____ **No**, no quiero que mi hijo reciba las aplicaciones de barniz de flúor.

Nombre del Niño: _____

Docente: _____ Grado: _____

Historial de Salud

¿Su hijo alguna vez tuvo problemas de salud graves? No: ___ Sí: ___ Por Favor explique: _____

¿Su hijo tiene alguna alergia? No: ___ Sí: ___ Por Favor explique: _____

Firma del/de la Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____