



Entréguele este formulario al dentista

For Official Use Only		
Student's Last Name	Student's First Name	Birth Date (MM/DD/YYYY) ____/____/____
District Borough Number (Example: 12M345)		Office of Student Information Systems Number (OSIS)

1. Padres o tutores:

Su hijo fue sometido a un examen dental en la escuela el ___/___/___ y necesita atención dental adicional. Entréguele este formulario al dentista de su hijo. Si necesita ayuda para obtener seguro dental, consulte con el coordinador de padres de la escuela o llame al 311.

NECESITA TRATAMIENTO DENTAL URGENTE

Lleve a su hijo al dentista dentro de los próximos siete días.

NECESITA TRATAMIENTO DENTAL QUE NO ES URGENTE

Su hijo debe tener una consulta con el dentista dentro de los próximos 30 días. Puede hacer lo siguiente:

Llevar a su hijo a una consulta con el dentista en su comunidad.

O

Hacer que su hijo reciba atención dental en la escuela. Consulte la información adjunta.

2. Dentist:

A. Complete and sign the box below

<input type="checkbox"/> No treatment is necessary
<input type="checkbox"/> Treatment is in progress
<input type="checkbox"/> Treatment is complete
Dentist's Name (Print): _____ Phone: _____ - _____ - _____
Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____
Dentist's Signature: _____ Date: _____

B. Fax this form to the School-Based Dental Provider:

Name: _____

Fax Number: _____