

Sauk Prairie School District

207 Maple Street
Sauk City, WI 53583
Phone: 608-643-5509
Fax: 608-643-5503



School Nurse

REPORTE DE EXAMINACION DENTAL

Estimado Padre/Guardián:

Favor de llevar esta forma con su proveedor de cuidados dentales en su siguiente visita. Si, por alguna razón, Ud. no puede llevar a su hijo (a) a que le examinen los dientes, favor de contactar a la enfermera escolar al 608-643-5509.

Gracias.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Examen: _____

Escuela: _____ Grado/Salón de Clase: _____

Al proveedor de cuidados de salud:

Favor de completar la siguiente información. Esta información será incluida en el registro de salud escolar del estudiante. Gracias.

1. Resultados dentales que son de importancia para el personal de cuidados de salud escolar:

Higiene Oral General Excelente Buena Justa Pobre
Falta de oclusión dental Si No
Aparato Ortodontista Si No Necesita
Aparato Protésico Si No Si su respuesta es sí, Tipo: _____

2. Comentarios:

Nombre Impreso del Dentista que realizo el examen: _____

Firma del dentista examinador: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ _____ Número de Fax:

Favor de regresar esta forma completada a la enfermera de la escuela en la dirección de arriba.