

NOTA IMPORTANTE PARA LOS PADRES
Para estudiantes de los grados 1-6

El Ministerio de Salud de Massachusetts ofrecerá un tratamiento de flúor a todos los alumnos de los grados 1-6 una vez a la semana. El tratamiento se administrará por un profesional de la higiene dental certificado. El programa es voluntario y es cubierto por el Ministerio de Salud; es gratuita para las familias que participan.

El tratamiento consiste en una limpieza y pulido de los dientes y la aplicación de flúor. Se ha mostrado que el tratamiento reduce la probabilidad de caries. La mayoría de los dentistas recomienda que su hijo/a tenga una limpieza y revision dental dos veces al año junto con el tratamiento con fluor.

Un buen programa de higiene dental para su hijo/a incluye el tratamiento de flúor que ofrecemos junto con:

- una revisión dental regular por el dentista familiar
- cepillarse después de comer
- una dieta sana y apropiada
- Una mínima cantidad de dulces, refrescos, chicle, y otras comidas que contienen azúcar.

Esperamos que Ud. aproveche de este programa. Su hijo/a puede participar aún si toma flúor oralmente, tiene correctores en los dientes, o toma agua con flúor del pueblo.

POR FAVOR, COMPLETE LA PORCIÓN ABAJO DE ESTA HOJA Y DEVUÉLVELA DE MANERA PRONTA AL PROFESOR. SE DEBE COMPLETAR Y DEVOLVER EL FORMULARIO SI DESEA QUE SU HIJO PARTICIPE O NO. ÉSTA ES LA ÚNICA FORMA EN QUE PODEMOS ASEGURAR QUE UD. ESTÁ INFORMADO. GRACIAS.

Nombre del alumno: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Profesor(a): _____

Por favor, marque una opción:

- () Deseo que mi hijo/a participe en el programa de flúor.
I wish to have my child participate in the flouride program.
- () Mi hijo/a recibe el tratamiento de flúor en otro lugar.
My child is receiving flouride treatment elsewhere.
- () No quiero que mi hijo/a participe en este programa.
I do not wish to have my child participate in this program.

firma de padre

número de teléfono