

Notificación de cría/guardián

USD _____ estara proveyendo una evaluacion dental gratuita a todos los estudiantes inscritos en _____. En cumplimiento con el Estatuto Estatal de Kansas 72-6251, todos los estudi- antes del distrito seran examinados salvo que los padres no deseen que su hijo participe en la evaluacion. La evaluacion se realizara en la escuela de su hijo y sera gratuita. La salud bucal es una parte importante de la salud general de los ninos, y es un componente critico de su capacidad de aprender y tener exito en la escuela. Si desea no formar parte del proceso de evaluacion, por favor complete y devuelva el formulario en la parte inferior de la pagina. Si su hijo participa, se enviara una copia de los resultados de la evaluacion a casa con el nino.

Si tiene alguna pregunta, sientase libre de contactarme en la escuela o por correo electronico a _____ Gracias por su cooperation.

Atentamente,

Nombre, R.N.

USD _____ Enfermera Escolar

_____ No quiero que me niño/a participa en la evaluación dental gratuita.

Estudiante: _____ Curso: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

