



BURLINGTON
AREA SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES DEPARTMENT

Jessica M. Polcyn RN, BSN

Lori Sanchez RN, BSN

100 North Kane Street, Burlington, WI 53105

(262)763-0210 (262)763-0215 FAX

Salud Dental

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **MI:** _____

Escuela: _____ **Grado:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

padre / tutor:

Dirección:

To El padre / tutor:

El distrito escolar de Burlington Area dispone de un programa de salud que está diseñado para mejorar, proteger y promover la salud de cada niño. Como parte de este programa de salud le recomendamos encarecidamente llevar a su hijo al dentista de su elección al menos dos veces al año para un examen dental y cualquier tratamiento puede ser necesario. Cuando el examen y el tratamiento se han completado, el formulario debe ser devuelto a la escuela

aldentista:

Verificar una de la siguiente declaración antes de firmar este formulario:

1. Los dientes se encuentran en estado satisfactorio
2. Todo el trabajo dental necesario que se haya completado
3. trabajo dental es necesario y en el proceso de ser completado

Firma del dentista: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____