



HEALTH SERVICES & PROGRAMS

POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

800 S Garey Avenue, P.O. Box 2900, Pomona, California 91766 Phone: (909) 397-4648, ext. 28352

EVALUACIÓN PARA LA SALUD ORAL

Fecha: _____

Estudiante: _____

Maestro(a): _____

Estimado padre de familia/tutor legal:

La sección 49452.8 del Código de Educación de la ley de California requiere que su hijo(a) tenga una evaluación de salud oral (revisión dental) para el 1^{ro} de mayo cuando cursa el kinder o primer grado, o cualquiera que sea su primer año escolar en una escuela pública.

La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental, u otro profesional de salud dental registrado.

Las evaluaciones dentales que se hayan realizado entre los 12 meses antes de que su hijo entre a la escuela también cumplen con este requisito.

El formulario adjunto debe ser completado por un dentista y regresado a la enfermera escolar antes del 1^{ro} de mayo _____.

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia encontrando un dentista, llame a la enfermera escolar o la asistente de enfermera.

Si usted no puede llevar a su hijo(a) a esta evaluación, usted puede pedir una exención para ser dispensado del requisito.

Gracias por su cooperación.

Enfermera Escolar

397- _____

Días disponibles

Adjunto