



Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estimado padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_  
(Nombre del alumno)

Hoy, un dentista, el Dr. \_\_\_\_\_, examinó a su hijo(a).

El dentista le proporcionó:

- \_\_\_\_ **Un examen dental**
- \_\_\_\_ **Una limpieza**
- \_\_\_\_ **Aplicación de fluoruro**  
(Se puede comer inmediatamente, pero se debe esperar hasta mañana a cepillar)
- \_\_\_\_ **Aplicación de selladores dentales**  
(en los siguientes dientes)

El coordinador de caso de MILES OF SMILES, LTD se comunicará con usted para informarle del cuidado de seguimiento. Si no recibe una llamada nuestra, por favor comuníquese con nosotros al 309-382-6406.

***\*Si usted visita a un dentista con regularidad, favor de continuar con el mismo por examen de rutina y rayos X!***

Esto es lo que vio el dentista hoy. La ilustración muestra dónde hay caries. El otro cuadro muestra más información sobre los dientes y encías de su hijo(a).

\_\_\_\_ **1 – No hay señales visibles de caries**—Vaya al dentista dos veces al año. Siga cepillándose y usando hilo dental todos los días. Recuerde: Esta consulta de salud bucodental en la escuela no sustituye el cuidado regular con un dentista.

\_\_\_\_ **2 – Una o más caries**—Su hijo(a) necesita ser examinado para obtener empastes o coronas. Vaya al dentista **pronto**.

\_\_\_\_ **3 – Enfermedad dental**—¡Vaya al dentista **ahora!** **Su hijo(a) podría tener dolor de dientes.**

Su hijo(a) tiene una o más caries.

\_\_\_\_ No

\_\_\_\_ Sí

Higiene dental (cuán **limpios** están los dientes):

\_\_\_\_ Buena

\_\_\_\_ Regular

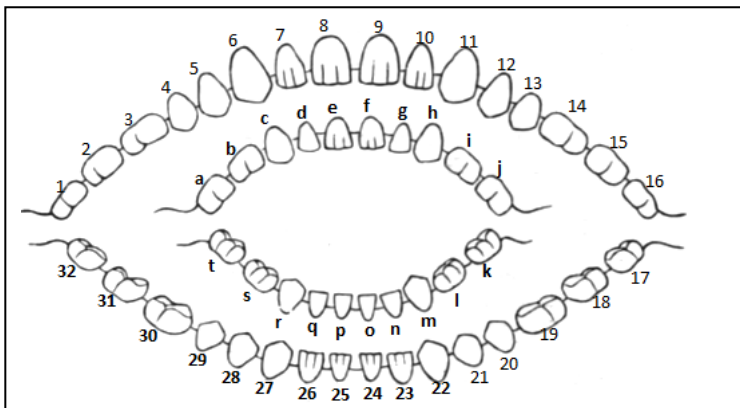
\_\_\_\_ Mala

Estado periodontal (salud de las **encías**):

\_\_\_\_ Bueno

\_\_\_\_ Regular

\_\_\_\_ Malo



¡Gracias por ayudar a que su hijo(a) tenga dientes y encías sanos! La salud bucodental es parte importante de la salud general. Si tiene alguna pregunta sobre la consulta de su hijo(a) el día de hoy, o para obtener registros de historia dental, no dude en llamar a

**MILES OF SMILES, LTD** \_\_\_\_\_ al **(309) 382 – 6406**

Dirección **137-C RADIO CITY DRIVE, NORTH PEKIN, IL 61554** Número de licencia \_\_\_\_\_

Notas:

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
(Firma del dentista)