CDPH
Chicago Department of Public Health

PROGRAMA ESCOLAR DE SALUD BUCAL
NOTIFICACION DEL EXAMEN

Nombre de Niño(a) : _____ Fecha: _____/_____/ 20_____

◯ Examen dental / Detección ◯ Limpieza Dental ◯ Tratamiento de Fluoruro ◯ Sellantes Dental ◯ Sellador de plata diamina

Estimado Padre / Tutor Legal:

Esta carta es para informarle que el programa de salud bucal escolar del Departamento de Salud Pública de Chicago ha proporcionado (según sea necesario) un examen/evaluación dental, profilaxis (limpieza), tratamiento con flúor, selladores dentales y/o fluoruro de diamina de plata (SDF) para su hijo. Lea las siguientes recomendaciones:

◯ Su niño(a) **tiene problemas dentales serias y necesita ayuda urgentemente**,

- **Caries Dental:** _____
  (Enumere la letra o número de diente)
- **Area Infectada/Absceso:** _____
  (Enumere la letra o número de diente)
- **Encias Inflamadas/Inflamación Gingival:** _____
- **Area de Sangrando:** _____
- **Referido de Ortondoncia:** _____
- **Otro:** _____

◯ Su Niño(a) tiene **problemas dentales y necesita atencion:**

- **Caries/Deterioro dental:** _____
  (Enumere la letra o número de diente)
- **Encias Inflamadas/Inflamación gingival:** _____
- **Referido de Ortondoncia:** _____
- **Otro:** _____

◯ **Tratamiento con fluoruro de diamina de plata (SDF)**

Su hijo recibió un tratamiento con SDF, que ayuda a detener la progresión de las caries y previene la aparición de caries adicionales. Se recomienda una visita de seguimiento con su dentista para controlar las áreas tratadas.

_____
(Enumere la letra o el número del diente)

◯ Cuidado dental rutinario es recomendado para su nino(a) cada seis meses.

- **Referido de Ortondoncia:** _____

Dentista: _____ Numero de Telefono: _____

Notas:

Plan de referencia: Un administrador de casos se comunicará con usted al número de teléfono que proporcionó si su hijo presenta evidencia de enfermedad dental para ayudar a coordinar recursos. Si no recibe una llamada dentro de los 10 días, llame al número anterior.

NUEVA regla dental de la tarjeta médica IL All KIDS: AHORA puede ver a su dentista privado (2) veces al año y al dentista de su escuela (1) vez al año. **La visita a la ESCUELA no afectará su visita al consultorio.**

Para obtener ayuda con la solicitud o soporte de Medicaid, comuníquese con la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil al (773) 553-5437.