



Fecha: ____/____/____

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

Hoy, un dentista, el _____, 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)

____ ***Silver Diamine (SDF)**

(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!**

Regla dental de la tarjeta médica IL ALL KIDS: AHORA puede ver a su dentista privado (2) veces al año y a su dentista escolar (1) vez al año.

La visita a la ESCUELA no afectará su visita al consultorio (para beneficiarios de Medicaid).

¿Necesitas ayuda para encontrar un/una dentista?:

1-888-286-2447 o <https://findahealthcenter.hrsa.gov/?hmpgtile=hmpg-hlth-srvcs>

Solicitud y formularios en línea para All Kids:

<https://www.illinois.gov/hfs/MedicalPrograms/AllKids/Pages/application.aspx>

All Kids Hotline: 1-866-ALL-KIDS (1-866-255-5437)

** Su hijo recibió tratamiento con SDF, que ayuda a detener la progresión de las caries y previene su posterior deterioro. Se recomienda una cita de seguimiento con su dentista para supervisar las zonas tratadas.*

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

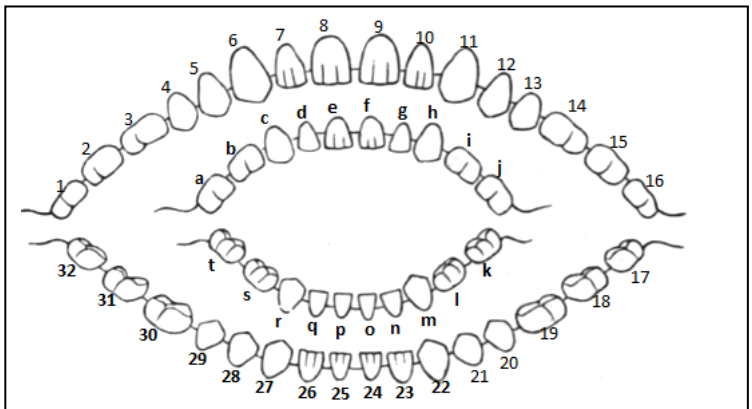
____ Mala

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 2424 N 8TH ST, PEKIN, IL 61554

Número de licencia _____.

Atentamente,

Notas:

(Firma del dentista)