

Servicios Dentales Proporcionados por
(hasta un valor \$475):



Miles of Smiles, Ltd.

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**
- 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

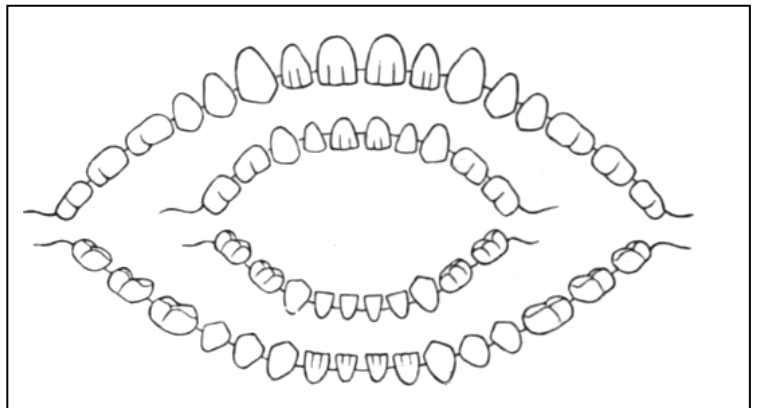
Mala

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)