ST. VRAIN VALLEY SCHOOLS

academic excellence by design

Estimados Padres de Familia,

Gracias por su asociación a manera que continuamos avanzando el aprendizaje para todos los estudiantes del Distrito Escolar de St. Vrain Valley. Apoyar la salud y el bienestar de los estudiantes es una parte importante de asegurarse que los estudiantes tengan una experiencia académica exitosa y productiva. Hacia el final, las Escuelas del Distrito St. Vrain Valley trabaja con una cantidad de asociados de la comunidad para proveer servicios de salud y de evaluación de la salud para nuestros estudiantes.

Por más de 75 años el Club Sunshine en Longmont se ha enfocado en ayudar a estudiantes de las Escuelas de St. Vrain Valley para mejorar y mantener una buena salud dental al trabajar con dentistas de la localidad para ofrecer su tiempo como voluntarios para examinar a los estudiantes en sus escuelas. La clínica dental es llevada a cabo durante los meses de Enero y Febrero cada año e involucra a dentistas, asistentes y voluntarios del Club Sunshine para examinar a todos los estudiantes de los grados del primero al quinto quienes no han sido vistos por un dentista en los últimos 6 meses y tienen permiso de los padres para ser examinados.

Después de cada clínica, se enviarán notas a la casa para informar a los padres de todos los estudiantes examinados durante la clínica los descubrimientos y las recomendaciones del dentista. Los padres de un(a) niño(a) con necesidades de cuidado dental urgente y que califica para la asistencia financiera del Club Sunshine recibirá también la información que necesitan para solicitar un apoyo continuo.

Si tienen alguna pregunta, favor de no dudar de ponerse en contacto con el Departamento de Servicios a los Estudiantes al 303-772-7700.

Buenos hábitos dentales son importantes y se establecen desde jóvenes. La inspección anual gratis se ofrece en la escuela de su hijo/a entre los meses de enero y febrero un día al año. **(1ero – 5 to grado solamente).**

POR FAVOR REGRESARALA/AL MAESTRA/O PARA:_____

Clinica Dental Fecha:_____Escuela: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____ MAESTRA/O: _____

Yo entiendo que la información acerca de la salud dental de mi hijo/a será enviada a la casa con el/ella.
Mi hijo/a tiene permiso de ser revisado por el Dentista que llegue a la escuela.

Padre/Guardián _____ _____ _____

Nombre Escrito **FIRMA** **FECHA**

Para que su niño sea revisado en la clinica dental, esta forma debe ser entregada en la escuela. Por favor firmerlo y reqreselo la maestra.

Visitó su hijo/a un Dentista en los vetimos seis meses? SI____NO_____ NOMBRE DEL DENTISTA:_____

Usted recibe Medicaid? SI_____NO_____

Tiene algún tipo de Seguro Dental? SI_____NO_____