



Donegal School District

Donegal Junior High School
915 Anderson Ferry Road
Mount Joy, PA 17552
717-928-2912

Estimado padre/guardián:

El estado de Pensilvania requiere que todos los niños de edad escolar que los exámenes dentales periódicos como sigue: **28 código de PA 23.3(a) * Estados exámenes dentales se exigirá en la entrada original a la escuela y en los grados tres y siete.** Estudiantes de transferencia, así como los estudiantes con registros de salud incompleto, deberán realizar un examen dental.

Como resultado de nuestros debates con el dentista de la escuela, nos parece un dentista de familia puede mejor evaluar los dientes del niño, proporcionar un examen más extenso y ayudarle a obtener cualquier tratamiento necesario o corrección.

Examen del dentista de la familia de su hijo puede completarse durante el verano o en cualquier momento dentro de un año antes del inicio del año escolar, utilizando el formulario en la parte posterior de la presente carta. Examen del dentista familiar se hace a su propio cargo.

Si lo prefiere, la escuela proporcionará examen del dentista de una escuela de su hijo a expensas del distrito escolar. Se requiere para el examen de la escuela llevar a cabo su consentimiento. La enfermera de la escuela estará presente para todos los exámenes. También se invita a estar presente durante el examen de su hijo.

Por favor devuelva esta carta el 30 de septiembre. Póngase en contacto con su enfermera de la escuela con cualquier pregunta.

DHS: Donna Stadel 492-1212 fax: 492-1241 DPS: Patti Boylston-Lytle 492-1330 fax: 492-1341
DIS: Heidi Stewart 426-8086 fax: 426-2417 DJH: Patti Boylston-Lytle 928-2912 fax: 928-2911

Atentamente,

Susan Ursprung, Ed.D.
Superintendente

Por favor marque uno:

*** El examen puede completarse dentro de un año antes del inicio del año escolar.

_____ Mi dentista de familia ha examinado a mi hijo y completado el formulario en la parte posterior de la presente carta.

_____ Yo prefiero el dentista de la escuela examinar a mi hijo.

Nombre del alumno

Grado

Firma del padre

Fechas

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH

**PRIVATE DENTIST REPORT
OF DENTAL EXAMINATION OF A PUPIL OF SCHOOL AGE**

NAME OF SCHOOL _____ DATE _____ 20 ____

| | | | | | | |
|---------------|-------|--------|-----|---|-------|--------------|
| NAME OF CHILD | | | AGE | SEX | GRADE | SECTION/ROOM |
| _____ | _____ | _____ | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | |
| Last | First | Middle | | | | |

ADDRESS

No. and Street City or Post Office Borough/Township County State Zip

REPORT OF EXAMINATION

| | TOOTH CHART | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------|----|----|---|---|---|---|---|------|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| | RIGHT | | | | | | | | LEFT | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| UPPER | | | | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | | | | Upper |
| LOWER | 32 | 31 | 30 | T | S | R | Q | P | O | N | M | L | K | 19 | 18 | 17 | Lower |
| UPPER | | | | | | | | | | | | | | | | | Upper |
| LOWER | | | | | | | | | | | | | | | | | Lower |

Is The Child Under Treatment? Yes No

Treatment Completed Yes No

Date of Dental Examination

Signature of Dental Examiner

Print Name of Dental Examiner

Address