

DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA
REPORTE DE EXAMEN DENTAL PRIVADO
(REPORT OF PRIVATE DENTAL EXAMINATION)

| | | |
|--|--|---|
| Nombre de la escuela <i>(Name of School)</i> | Identificación del estudiante <i>(Student I.D.)</i> | Fecha emitida <i>(Date Issued)</i> |
| Nombre del estudiante <i>(Name of student)</i> | Fecha de nacimiento <i>(DOB)</i> | Clase/Sección/Grupo <i>(Rm/Sec/bk)</i> |
| <p>(AL DENTISTA) La ley de Pensilvania exige que los estudiantes que asisten a las escuelas de la Mancomunidad reciban exámenes dentales periódicos a intervalos definidos (al ingresar, en el tercer y séptimo grados). Estos exámenes son obligatorios para asistir a la escuela. Los padres o encargados son responsables de cubrir el costo de estos exámenes. Si el estudiante o la familia no tienen seguro médico, la enfermera de la escuela ayudará a la familia solicitar seguro médico. Por favor, adjunte una copia del examen dental del estudiante o llene el formulario con la información solicitada abajo. Muchas gracias por su cooperación.)</p> <p>(TO THE DENTIST: <i>Pennsylvania law requires that students attending school in the Commonwealth receive periodic dental examinations at stated intervals (upon original entry, while in third grade, and while in seventh grade). These examinations are required for school attendance. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. If the student/family does not have health insurance the school nurse will help the family apply for health insurance. Please attach a copy of the student's dental examination or record the data below. Thank you for your cooperation.)</i></p> | | |
| Bajo tratamiento / el tratamiento inició <i>(Under treatment/work begun)</i> | | Tratamiento terminó / Ningún tratamiento es necesario <i>(Completion of work/No treatment necessary)</i> |
| Fecha en que inició el tratamiento <i>(Date work begun)</i> | | <input type="checkbox"/> Ningún tratamiento es necesario ahora <i>(No treatment required now)</i> |
| Citas de seguimiento programadas <i>(Scheduled follow-up appointments)</i> | | <input type="checkbox"/> Todo el tratamiento dental necesario está completado <i>(All necessary dental work completed)</i> |
| Fecha del examen dental <i>(Date of dental examination)</i> | | Fecha anticipada para completar el tratamiento <i>(Expected Completion date)</i> |
| Comentarios / Tratamiento de seguimiento / Instrucciones especiales para la escuela <i>(Comments/follow-up treatment/Special instructions to School)</i> | | |
| Nombre del dentista <i>(Name of dentist)</i> | | Teléfono <i>(Telephone)</i> |
| Firma del dentista <i>(Signature of dentist)</i> | | Fecha de la firma <i>(Date signed)</i> |
| Dirección <i>(Address)</i> | | Número de Fax <i>(Fax number)</i> |

IMPORTANTE - Devuelva este formulario a: _____
 (Return this form to :) *Enfermera certificada o practicante de la escuela (Certified school nurse/practitioner)*

_____ *Escuela (School)*

_____ *Dirección de la escuela (School Address)*

_____ *Teléfono (Phone number)*