



PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

La Conselleria de Sanitat y la Conselleria d'Educació, vienen desarrollando desde el año 1985 las actividades en el aula del Programa de Salud Bucodental, para prevenir en la infancia las enfermedades bucodentales más frecuentes: la caries y la enfermedad periodontal.

Estas actividades incluyen la educación para la salud de la boca y los dientes, la realización de colutorios fluorados semanales, además de la vigilancia de la salud oral en etapas clave.

El examen oral detecta riesgos y problemas de salud de forma temprana, y permite la derivación de estos niños/as a las consultas odontológicas para recibir lo antes posible las medidas de prevención y de tratamiento necesarias. Este examen de salud oral se realizará el día 1 diciembre a partir de las 9:00h.

Es importante que indique si autoriza o no que a su hijo/a se le realice el examen oral y si lo autoriza que indique el número SIP. Este formulario debe ser entregado lo antes posible a los tutores de 5 años.

D. /Dña _____, padre, madre de _____

- NO AUTORIZO** que a mi hijo/a se le realice **el examen de salud oral** previsto entre las actividades en el aula del Programa de Salud Bucodental, presentado en este escrito.
- AUTORIZO** que a mi hijo/a se le realice **el examen de salud oral** previsto entre las actividades en el aula del Programa de Salud Bucodental, presentado en este escrito y su número de SIP es.....

Firma: _____

DNI: _____





Circular 31/17-18

PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

La Conselleria de Sanitat y la Conselleria d'Educació, vénen desenvolupant des de 1985 les activitats a l'aula de salut bucodental, per previndre a la infantesa les infermetats bucodentals més freqüents: la caries i la infermetat periodontal.

Aquestes activitats inclouen la educació per a la salut de la boca i les dents, la realització de col·lutoris fluorats setmanals, i a més a més, la vigilància de la salut oral en etapes claus.

L'examen oral detecta riscos i problemes de salut de forma primerenca i permet la derivació d'aquests/es xiquets/es a les consultes odontològiques per poder rebre el més aviat possible les mesures de prevenció i de tractament necessaris. Aquest examen es realitzarà el dia 1 desembre a partir de les 9:00h.

És important que indique si autoritza o no que al seu fill/a se li realitze l'examen i si accepta que fique el nombre de SIP. Cal que entregue aquest formulari el més aviat possible als tutors de 5 anys.

En.. / Na _____, pare, mare de

- NO AUTORITZE** que al meu fill/a se li faça l'examen de salut oral previst entre les activitats de Salut Bucodental, presentat en aquest escrit.
- AUTORITZE** que al meu fill/a se li faça l'examen de salut oral previst entre les activitats de Salut Bucodental, presentat en aquest escrit i el seu nombre de SIP és

Signatura: _____

DNI: _____