

DENTAL SCREENING OPT OUT FORM

If you **DO NOT** give permission,
please sign below

1



WHAT IS A DENTAL SCREENING?

- A registered hygienist checks your child's teeth with a flashlight and a small mouth mirror.
- It is quick and easy, only taking about one minute.

2



WHY SHOULD YOUR CHILD BE SCREENED?

- It's **FREE!**
- To check your child's mouth and teeth to let you know if dental care is needed.

For questions about the Dental Program contact Sue Peters at:
sue.peters@new-haven.k12.ct.us | 475-220-1238

I WOULD NOT LIKE MY CHILD TO HAVE
A DENTAL SCREENING AT SCHOOL

This must be filled out and returned to your child's teacher as soon as possible

CHILDS NAME: _____ DATE: _____

SIGNATURE: _____ PARENTS PRINTED NAME: _____

TEACHERS NAME: _____ SCHOOL: _____ GRADE: _____



FORMULARIO DE RECHAZO DE ESTUDIO DENTAL

**Si UD no desea dar su permiso,
por favor firme abajo**

1



¿QUÉ ES UN ESTUDIO DENTAL?

- Un higienista registrado chequea los dientes de su hijo en la boca con una linterna portátil (flash light) y
- Espejo pequeño.
- Es ligero y fácil; solo toma 1 minuto.

2



¿POR QUÉ DEBEN SER LA BOCA Y LOS DIENTES DE SU HIJO/A ESTUDIADOS?

- ¡Es **GRATIS!**
- Para chequear la boca y los dientes de su hijo/a para dejarle saber a UD si hay necesidad de cuidado dental.

**Si tiene preguntas sobre el Programa Dental, comuníquese con Sue Peters a:
sue.peters@new-haven.k12.ct.us | 475-220-1238**

Yo no deseo que mi hijo/a tenga un Estudio Dental en LA ESCUELA

Este formulario tiene que ser llenado y devuelto al/la maestro/a de su hijo/a lo más pronto posible.

NOMBRE DE SU HIJO/A: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____ IMPRIMIR LOS NOMBRES DE LOS PADRES: _____

NOMBRE DE MAESTRA/O: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____

