

Dear Parent/Guardian,

Child's Name: _____

Your child was seen today by a dental hygienist. If fluoride was applied, your child does not need to brush their teeth for the rest of the day.

This is not a dental exam. Please schedule an appointment with a dentist to have a dental cleaning/exam completed.

If you have any questions, please contact your teacher.

Treatment Provided:

_____ Examination/Screening

_____ Cleaning

_____ Fluoride Treatment

Dental Needs:

_____ No needs, everything looks normal

_____ Possible decay, schedule an exam with a Pediatric Dentist

_____ Other: _____

Dental Hygienist:

Katie Traut

L# 5058-16

M# 3-115

Estimado padre/tutor,

Nombre del niño: _____

Su hijo fue visto hoy por un higienista dental. Si se aplicó flúor, su hijo no necesita cepillarse los dientes por el resto del día.

Esto no es un examen dental. Programe una cita con un dentista para completar una limpieza/examen dental.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su maestro(a).

Tratamiento proporcionado:

_____ Examen/Detección

_____ Limpieza

_____ Tratamiento de flúor

Necesidades dentales:

_____ Sin necesidades, todo parece normal

_____ Posible caries, haga una cita con un odontopediatra

_____ Otro: _____

higienista dental:

Katie Traut

L# 5058-16

M# 3-115