

**Formulario para *Cancelar***

**el Chequeo Dental Gratis**

Family Health Care

300-340 Southwest Boulevard

Kansas City, KS 66103

913-722-3100, ext 210

[www.FHC-Smiles.org](http://fhc-smiles.mozello.com/)

**Si quieres una revisión/chequeo dental *GRATIS*, NO FIRMA este formulario.**

Querido padre o madre:

Por favor provea la siguiente información:

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del maestro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En esta fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ una evaluación /chequeo dental GRATIS será dado a los estudiantes que tienen permiso de sus padres.

Este será solamente un examen /chequeo visual para buscar caries. No reemplaza un examen regular de dentista. Todos los estudiantes serán evaluados a menos que este documento sea traído a la enfermera de la escuela diciendo que no estan interesados (mira abajo).

**\_\_\_\_\_\_ NO QUIERO** que mi hijo reciba una revisión/chequeo dental gratis.

Firma del padre / madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor devuelva este formulario a la enfermera de la escuela por esta fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_