

PA School for the Deaf
Philadelphia, PA 19144

Requisitos Dental

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

A: Padres/Encargados de estudiantes comenzando el Kindergarten, 3^{ro} o 7^{mo} grado:

El Departamento de Salud de Pennsylvania require que todos los estudiantes de Kindergarten, 3^{ro}, 7^{mo} grado, y los nuevos estudiantes que no tenga un record. Tengan una examinacion dental.

Se le anima a que haga esta examinacion por su dentista familiar antes del comienzo del Nuevo ano escolar. Si no es una rutina para el cuidado dental esta cubierto por su seguro medico. Por favor contacte a su proveedor para asegurarse. Si usted no tiene seguro medico, Por favor llame a la enfermera escolar para hacer otros arreglos para su hijo.

PPor favor que su dentista complete el formulario adjunto y devuelvalo a la enfermera escolar lo antes possible. Sis u hijo ya vio al dentista en el pasado ano, por favor que su dentista llene el formulario de abajo y lo puede enviar por fax o por correo a The PA school for the Deaf (attn: school nurse).

Si usted tiene alguna pregunta, por favor sientase libre de contactar a la enfermera al (Edificio Principal) 215-951-4732 o (Edificio de Early Childhood.) 215-951-4719.

TO BE SIGNED BY DENTIST AND RETURNED TO PSD

This is to certify that all necessary corrections have been made on:

Student's Name

Date

Signature of Dentist

Telephone #

Fax #

Print Dentist's Name

PSD Main Bldg/Fax (215) 951-4725 Attn: Pam Boon RN/Gail Kachnycz PNP
Early Childhood Fax (215) 951-4704 Attn: Cathy Graf RN

PRIVATE DENTIST REPORT OF
DENTAL EXAMINATION OF A PUPIL OF
SCHOOL AGE

NAME OF SCHOOL _____ DATE _____ 19__

NAME OF CHILD _____ AGE _____ SEX _____ GRADE _____ SECTION/ROOM _____
Last First Middle M F

ADDRESS _____
No. and Street City or Post Office Borough or Township County State Zip

REPORT OF EXAMINATION

		TOOTH CHART																
		RIGHT								LEFT								
UPPER		1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	Upper
LOWER		32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	Lower
	UPPER																	Upper
	LOWER																	Lower

Is The Child Under Treatment Yes No

Treatment Completed Yes No

Date of Dental Examination

Signature of Dental Examiner

Print Name of Dental Examiner

Address