



Formulario para *Cancelar* el Chequeo Dental Gratis

Family Health Care
340 Southwest Boulevard
Kansas City, KS 66103
913-722-3100, ext 210
www.FHC-Smiles.org

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: _____