Estimado padre / tutor:

Estado de Nueva York ha aprobado una ley que requiere que las escuelas dentales solicitar certificados para los grados siguientes: jardín de infancia, 2nd, 4th, 7th & 10th, así como los nuevos estudiantes que ingresan en un distrito. Pídale al dentista de su hijo que complete la parte inferior de esta carta y la devuelve a la Oficina de Salud lo antes posible.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a la Oficina de Salud al 631-737-1492.

O envíe un fax al 631-588-0016.

Gracias.

Stephanie C Moore, RN

Enfermera escolar

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**POR FAVOR REGRESE A LA OFICINA DE SALUD**

Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Examen dental completo en: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_. Tratamiento necesario \_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_no

Recomendaciones / observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del examinador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello de la oficina:  ****