

Junta de Castilla y León
Gerencia de Atención Primaria de León
Unidad de Salud Bucodental
C/ José María Suárez González, nº 3 – 24007 León
Tel.: 987 213 809

CIRCULAR INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN BUCODENTAL

Estimadas familias:

Les informamos que, dentro del programa de salud bucodental promovido por la Gerencia de Atención Primaria de León, se realizará una **revisión bucodental** al alumnado en el **Centro de Salud El Ejido**, en la fecha y hora que será comunicada por el tutor/a de su hijo/a.

Durante la revisión se llevará a cabo un examen de la cavidad oral para valorar el estado de salud de dientes y encías, así como aspectos relacionados con la oclusión. También se reforzarán hábitos de higiene bucodental mediante la explicación de la técnica adecuada de cepillado, recomendando su práctica al menos dos veces al día, incluyendo dientes, encías y lengua.

Les agradecemos su colaboración y les rogamos que firmen y devuelvan la parte inferior de esta circular al tutor/a del alumno/a.

DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre: _____ Curso: _____

AUTORIZACIÓN

- ☐ Sí, autorizamos la participación de nuestro/a hijo/a en la revisión bucodental y en las actividades del programa.
- ☐ No autorizamos la participación de nuestro/a hijo/a en la revisión bucodental ni en las actividades del programa.

Firmas de los progenitores o tutores legales:

Padre: _____

Madre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____