



Junta de
Castilla y León



Gerencia de Atención Primaria de León
UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
Avenida José Aguado, s/n
LEON
Tfno.: 987211311

PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS ENTRE 6 Y 14 AÑOS

Destinatario:
A LA ATENCION DE LOS PADRES DEL ALUMNO:

Un año más solicitamos su colaboración para que acompañen a su hijo a la **REVISION BUCODENTAL** en la fecha y hora que su tutor les indicará. Dicha revisión tendrá lugar en la consulta de Odontología-Salud Bucodental de su centro de salud, y en ella se realizará un examen de la cavidad oral con objeto de establecer el estado de salud de los dientes y encías, así como de los aspectos relacionados con la oclusión. Además haremos hincapié en la **higiene bucodental** explicando la técnica de cepillado, al menos dos veces al día; de sus dientes, encías y lengua.

La adquisición del hábito de cepillado es uno de los aspectos más importantes que pretendemos que se inculque en los escolares. Ello implica que, en casa, se debe recordar este hábito cuando se esté perdiendo. De ello dependerá, en gran parte, la salud, tanto bucodental como general, de su hijo.

Le rogamos que cuando acuda a esta revisión lleve consigo la **TARJETA SANITARIA** de su hijo así como la **TARJETA DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL** si la tuviera.

Fdo. Ana Belén Alonso Celadilla
Odontóloga
Responsable en José Aguado I de la Unidad de Salud Bucodental

Rogamos a Vds. que nos indiquen si desean que su hijo sea incluido en el programa de salud bucodental.

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

CURSO: _____

SI NO Aceptan que su hijo esté incluido en el programa y realizar las actividades del mismo.

Fdo. El padre, madre o tutor _____

Cortar por la línea de puntos y entregar en el colegio.