

CAROLINE CALDERONE BAISLEY
DIRECTOR OF HEALTH



MICHAEL LONG, Director
DIVISION OF ENVIRONMENTAL SERVICES
DOUGLAS SERAFIN, Laboratory
DEBORAH TRAVERS, Director
DIVISION OF FAMILY HEALTH
ROBIN CLARK-SMITH, Director
SPECIAL CLINICAL SERVICES

DEPARTMENT OF HEALTH

KINDERGARTEN/NEW ENTRANT DENTAL FORM

Estimados Padres,

Esta es la hora cierta de buscar un examen dental para su hijo/a, principalmente si elle/a empieza la escuela en el proximo Otoño.

De acuerdo con la sección 10-206 del Estatuto General de Connecticut, los niños deben hacer una radiografía general de los dientes antes de empezar la escuela. El histórico de la salud dental es parte constante de los records de salud de su hijo/a acumulados en el periodo escolar.

Por favor lleve este formulario para su dentista para ser llenado y entoces devuelvalo para la higienista dental de su hijo/a.

TO THE DENTIST:

Name of Pupil _____ School _____

Pupil's Address _____ Grade _____

_____ NO TREATMENT NEEDED

_____ IS UNDER TREATMENT (expected completion date) _____

_____ ALL NEEDS AT PRESENT CORRECTED

Signature of Dentist

DATE

Name and address of Dentist (Please Print or Stamp)

Office of Dental Health

Linda Conti, RDH, B.S.

lconti@greenwichct.org

622-7858

Jeannie Schnakenberg, RDH, B.S.

jschnakenberg@greenwichct.org

622-3779