

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 Pais,

Esta é a hora certa de providenciar um exame dental para seu filho/a principalmente se ele/a começa a escola no próximo Outono.

De acordo com a secção 10-206 do Estatuto Geral de Connecticut, as crianças devem fazer uma radiografia geral dos dentes antes de começar a escola. O histórico da saúde dental é parte constante dos records de saúde de seu filho/a acumulados no período escolar.

Por favor leve este formulário para o seu dentista para ser preenchido, e então retorne-o para a higienista dental de seu filho/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 C. Conti, RDH, BS

lconti@greenwichct.org

203-622-7858

Jeannie Schnakenberg, RDH,BS

jschnakenberg@greenwichct.org

203-622-3779