

CAROLINE CALDERONE BAISLEY
DIRECTOR OF HEALTH



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

DEPARTMENT OF HEALTH

グリニッジの公立学校との協力、グリニッジ保健は齲蝕 (虫歯) 予防のプログラムすべての公立学校で毎週のフッ化ナトリウム洗口を使用して提供しています。虫歯は、最も一般的な小児慢性疾患です。コネチカット州保健サービス部、アメリカ合衆国公衆衛生サービスおよびグリニッジ歯科社会の支持を得ているこの努力が行われています。学年の間に 0.2% 中性フッ化ナトリウム洗口の毎週の使用は、効果的な齲蝕予防プロシージャを実行する単純な安価で多くの子供たちに適応可能であることを示されています。フッ化物局所応用の年間のアプリケーションを含む既存の専門歯科プログラムを補完するものであり、フッ素添加水が使用可能な領域にも価値があります。プログラムは、定期的な歯科治療と歯科医院は、予防措置を強化するものです。任意のキューズが必要。

LINDA CONTI, RDH, B.S. lconti@greenwichct.org 622-7858
JEANNIE SCHNAKENBERG, RDH, B.S. jschnakenberg@greenwichct.org 622-3779

WEEKLY FLUORIDE MOUTHRINSE PROGRAM

PLEASE CHECK, SIGN, DATE AND RETURN TO THE DENTAL HYGIENIST

I have read and understand the information accompanying this form concerning the Fluoride Mouthrinse Program and:

YES, I would like my child to participate in the Fluoride Rinse Program.

NO, I would not like my child to participate in the Fluoride Rinse Program.

Name of Child: _____ Age: _____

Name of School: _____ Grade/Teacher: _____

Dentist's Name and Address (Please Print) _____

Signature (Parent or Guardian): _____ Date: _____

NOTE: SINCE CONTINUING PARTICIPATION IS BENEFICIAL, THIS PERMISSION SLIP WILL BECOME A PERMANENT PART OF YOUR CHILD'S RECORD. IT WILL REMAIN IN EFFECT UNTIL RESCINDED IN WRITING BY THE PARENT OR GUARDIAN.

I am willing to help with this program at my child's school Telephone #: _____

Serving the Greenwich Community Since 1887



Town Hall • 101 Field Point Road • Greenwich, CT 06830 • [203] 622-6488 • FAX [203] 622-7770 • www.greenwichct.org
An Affirmative Action/Equal Opportunity Employer, M/F/H

