

ESTRATEGIAS ODONTOLÓGICAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DEL AÑO 2024

Me dirijo a usted desde **CESFAM Eugenio Petruccelli A.** para informar que se le realizará un **EXAMEN DENTAL Y APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ**, a los y las estudiantes de 1° básico y además de un **TALLER DENTAL**, por lo cual **DEBE TRAER CEPILLO DENTAL**.

Como indicación para la aplicación de flúor barniz están:

- No ingerir alimentos adherentes o pegajosos, tampoco líquidos calientes por 24 Horas.
- No comer durante las 2 primeras horas tras la aplicación del flúor.
- No cepillarse los dientes por 24 Horas.

FECHA DE LA ATENCIÓN : 22-24 DE ABRIL 2024

Por último, Si el/la estudiante recibió aplicación de flúor hace menos de 4 meses o es alérgico a éste, favor de informar por escrito que usted **NO** autoriza la aplicación de flúor.

En caso que no desee la prestación dental, indicar en misma comunicación que no desea atención odontológica.

Yo: _____ RUN _____apoderada de (nombre del o la estudiante) : _____ CURSO: **AUTORIZO** a realizar el examen dental, aplicación de flúor barniz y taller dental los días 22 y 24 de abril 2024.

Ante cualquier duda, por favor comunicarse con la Trabajadora Social del establecimiento.