

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA GETTYSBURG
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
Programa Dental

Estimados padres,

La caries dental es una enfermedad que comienza en la niñez temprana y continua durante la edad adulta. Pocos niños escapan la destrucción que esta enfermedad produce. La caries dental es la causa principal de la pérdida de dientes antes de la edad de 35 años. Una medida de prevención *efectiva* para reducir la incidencia de caries dental es el uso de tabletas de flúor o fluoruro. Este año estaremos usando tabletas de flúor en vez del enjuague bucal que se ha usado previamente. Las tabletas de fluoruro han sido comprobadas ser muy *efectivas* en solidificar los dientes permanentes cuando se desarrollan así como también tienen un efecto tópico como el enjuague.

Estamos ofreciendo este programa a todos los niños en la educación primaria. Los niños que participen deberán masticar y tragar una tableta de fluoruro de sodio de 1 mg todos los días. Los maestros distribuirán estas tabletas cada mañana a los niños que participen. Es muy importante que los padres les recuerden a los niños que deben cepillarse los dientes y usar hilo dental después del desayuno todos los días. Esto es muy importante especialmente para que el fluoruro pueda alcanzar el efecto total en los dientes de los niños.

De acuerdo al Departamento de Salud, este programa no interferirá con los tratamientos de fluoruro provistos por el dentista familiar o con la pasta dental con fluoruro o enjuagues bucales en casa. Este programa ha sido aceptado por la Asociación Dental Americana, El Departamento de Salud de Pennsylvania y por nuestros consejeros dentales. Si usted tiene preguntas acerca del programa, por favor contacte al Departamento de Servicios para Salud de su escuela.

POR FAVOR FIRME EL FORMULARIO ADJUNTO, MARQUE EL CUADRO Y RETORNE A LA ESCUELA.

[] **Si**, deseo que mi niño (a) participe en el programa de fluoruro (flúor).
Comprendo que esto no es sustituto para el cuidado dental regular seguido por nuestro dentista.

[] **No**, no deseo que mi niño (a) participe en este programa de fluoruro.

Nombre del niño: _____.

Grado/maestro: _____

Firma del padre o guardián: _____

**** Debe ser firmado y retornado si se estará participando o no.**