



**INFORMACIÓN PARA PADRES Y APODERADOS SOBRE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL PARA ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA.
2023 - 2024**

En conformidad con lo dispuesto en la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención en salud queremos informar:

El Programa de Atención Odontológica Integral para estudiantes de enseñanza media considera atención de nivel primario, incluyendo promoción de salud y prevención de enfermedades bucales, así como el tratamiento de ellas, en caso que sea necesario. Las actividades de este programa son las siguientes:

- Examen de salud bucal
- Educación en salud bucal
- Aplicación de flúor en barniz para la prevención de caries
- Obturaciones (tapaduras) en caso de presentar caries
- Tratamiento periodontal (limpiezas) en caso de presentar inflamación a las encías
- De ser necesario, se realizarán las derivaciones a tratamientos de especialidades odontológicas para realizar endodoncias (tratamientos de conducto) y/o exodoncias de terceros molares (extracción de molares del juicio) u otros.

Es importante señalar que, en caso de que el/la estudiante requiera la exodoncia de alguna pieza dentaria definitiva o algún otro procedimiento invasivo, le será consultado previamente por el odontólogo tratante. La duración del tratamiento dependerá del diagnóstico realizado a través del examen de salud bucal.

Identificación del estudiante y apoderado

Nombre Estudiante			
Establecimiento educacional		Curso	
Nombre apoderado(a)			
Relación con el o la estudiante. Marque con una X la opción			
Mamá	<input type="checkbox"/>	Papá	<input type="checkbox"/>
		Otro (especificar relación)	
Dirección			
Comuna		Región	
Fono de contacto		e-Mail	

Solicitamos a Ud. marcar en el casillero correspondiente si está de acuerdo con que su pupilo participe de este programa.

SÍ estoy de acuerdo que mi pupilo/a participe del Programa de Atención Odontológica para Estudiantes de Enseñanza Media, siempre que se cuente previamente con su consentimiento	<input type="checkbox"/>
NO estoy de acuerdo que mi pupilo/a participe del Programa de Atención Odontológica para Estudiantes de Enseñanza Media	<input type="checkbox"/>

Firma del/la responsable
Fecha ___/___/___

Devolver este documento indicando su respuesta y firmado al profesor o profesora jefe.