



AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES (O TUTORES) PARA LA REVISIÓN BUCO-DENTAL A MENORES EN LOS COLEIGOS

Estimado Sr/a.:

Nos dirigimos a usted para comunicarles que en breve realizaremos la revisión bucodental en el colegio de sus hijos.

Es una prestación que ofrece gratuitamente el Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), con el objeto de realizar una detección precoz de patologías bucodentales en niños/as.

En el caso de que usted consienta autorizar esta revisión, rellene por favor esta hoja y entrégala en el Colegio.

D./D^a

DNI:

PADRE MADRE TUTOR/A

De: (Nombre y apellidos del menor):

Fecha de Nacimiento:

EL CENTRO DE SALUD al que está adscrito el niño/a:

AUTORIZO,

Firma del padre, madre o tutor/a

En, a de De 20...

UNIDAD DE SALUD BUCO-DENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA – ZAMORA

CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. Teléfono: 980 557 654

