División de Atención Primaria / Subsecretaria de Redes Asistenciales / Ministerio de Salud

**INFORMACIÓN PARA PADRES Y APODERADOS SOBRE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA.** 

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 cuarto año de educación 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 |  | | Papá | | |  | | 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 Cuarto Año de Educación Media, siempre que se cuente previamente con su consentimiento |  |
| **NO estoy de acuerdo** que mi pupilo/a participe del Programa de Atención Odontológica para Estudiantes de Cuarto Año de Educación Media |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del/la responsable

Fecha\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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