

Estimada familia,

Desde la Unidad de Salud Bucodental (USBD) del Centro de Salud **Valdebernardo**, queremos saludarles y recordarles la existencia del Programa de Atención Dental Infanto-juvenil (PADI) que busca prevenir y mantener la salud bucal de los menores de 7 a 16 años.

Debido al elevado porcentaje de caries detectado en nuestro entorno, hemos organizado una actividad destinada a la detección precoz y a la prevención de la caries en colaboración con el instituto al que asiste su hijo o hija.

El equipo de profesionales de la USBD, **higienista dental: José Luis Pérez** y la **odontóloga: Elvira Calvo** acudirá al aula de de educación secundaria el próximo día para realizar una exploración bucodental a los menores.

Finalizada la exploración, se entregará al profesorado un informe con los resultados y las necesidades preventivas o de tratamiento de cada menor para que se lo hagan llegar a ustedes. PARA FACILITAR DICHO TRATAMIENTO, SE LES FACILITARÁ UNA CITA POSTERIOR CON EL DENTISTA SI FUESE NECESARIO (VÍA TELEFÓNICA), EN EL CENTRO DE SALUD **Valdebernardo**, situado en:

C/ BULEVAR INDALECIO PRIETO (METRO VALDEBERNARDO-BUS 8-71-130).

Aquellos menores que tengan que acudir al Centro de Salud para realizar los tratamientos deberán estar acompañados por sus padres, tutores legales o familiares responsables mayores de edad.

Con esta carta, les informamos de la actividad y les solicitamos que nos remitan su autorización expresa para poder explorar a su hijo o hija. En caso de que la edad del menor sea de 7 a 16 años, se le realizará el tratamiento gratuito correspondiente; si su hijo o hija ha cumplido ya los 17 años, podrá recibir, previa autorización por su parte, la atención correspondiente que se ofrece a los adultos por parte de esta Unidad. Les rogamos cumplimenten todos los apartados indicados en el Consentimiento Informado que les proporcionará el Centro Escolar.

Una vez realizada la intervención, pondremos a su disposición un cuestionario para que evalúen dicha actividad, y nos ayuden a mejorarla.

Un cordial saludo,

Los profesionales de la USBD del Centro de Salud Valdebernardo,

ELVIRA CALVO, ODONTÓLOGA SERMAS
JOSÉ LUIS PÉREZ, TSHBD SERMAS

PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (PADI)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy en conocimiento de que la Consejería de Sanidad está realizando revisiones dentales gratuitas a niños y niñas entre 7 y 16 años, en las que se harán exploraciones e indicarán el plan de tratamiento necesario.

Tengo conocimiento de que para que mi hijo o hija pueda participar en este programa, debo dar mi consentimiento y completar la información que aquí se solicita.

Información de salud del niño (a)

Nombre y apellidos del niño/niña

Curso.....

Fecha de nacimiento del niño/niña/...../.....

País de nacimiento:

Nacionalidad:

¿Tiene su hijo/hija tarjeta sanitaria?

☐ NO

☐ SI (aporte fotocopia o la tarjeta sanitaria física)

☐ SI (número CIPA:)



Autorizo para que los profesionales de la USBD del Centro de Salud Valdebernardo, realicen a mi hijo o hija una exploración odontológica y el informe de resultado y tratamientos indicados según patología y grupo de edad, en el centro educativo al que acude.

☐ Sí autorizo

☐ NO autorizo

Persona que autoriza

Nombre y apellidos.....

Relación con el niño/niña: ☐ madre ☐ padre ☐ tutor/a

Firma persona que autoriza

Fecha autorización

-----/-----/----

MUY IMPORTANTE: Si da su consentimiento, ponga un TELÉFONO DE CONTACTO