



Estimados Padres y Apoderados

Junto con saludarlos, nos dirigimos a ustedes para informar sobre el próximo Operativo de Salud Dental a realizarse en el Establecimiento _____ el día _____.

Nuestro Operativo consiste en realizar un examen clínico de rutina para evaluar la presencia de patologías orales en escolares. De ser pesquisada alguna patología oral se le informará mediante una comunicación a su apoderado.

Para la realización de nuestra evaluación necesitamos su autorización y consentimiento, el cual se adjunta a continuación.

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ RUT: _____,
otorgo mi consentimiento, para que mi hijo/a _____ del
curso__ RUT: _____, participe en el Operativo de Salud dental.

FIRMA DEL APODERADO

Santiago, 20 de Noviembre, 2015