

## Fluoride Rinse Program



The Paterson Public Schools is offering to all students. A Fluoride Rinse Program to prevent tooth decay. The simple method of applying fluorides has been demonstrated to be safe and effective in controlling tooth decay. In a classroom setting, children will rinse their mouths with 0.2% neutral sodium fluoride solution for one minute each week. The solution is NOT swallowed.

The program is an important one for the oral health of your child. Paterson children have been participating since 1980. Your child can receive this program only if you sign and return the bottom half of this letter. There is no cost to you. We encourage you to allow your child to participate in this valuable health program.

Please return the completed form to your child's teacher tomorrow. If you have questions regarding the program, please call Maria Workman, Office of Dental Services, 973-321-1277 Ext.2745

-----  
Please complete this form and return

YES, \_\_\_\_\_ I wish my child to participate in the Fluoride Rinse Program.

NO, \_\_\_\_\_ I do not wish my child to participate in the Fluoride Rinse Program.

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Teacher: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian



## Fluoride Rinse Program



Estimados Padres:

El Distrito Escolar de Paterson, con fondos del Departamento de Salud del Estado, esta ofreciendole a todos los estudiantes un programa para impedir decaimiento dental. Este simple metodo de aplicar fluoruro a demostrado ser seguro y efectivo en el controlamiento de decaimiento dental. Bajo supervision, los participantes enjuagaran su boca el la escuela con una solucion neutral de sodio fluoruro de 0.2% por un minuto una vez por semana. La solucion no se tragara. Se la hara examinacion dental a su hijo/hija antes del programa y al erminarse el programa.

Este proyecto es muy importante para la salud oral de su hijo/hija. Su hijo/hija recibira este program unicamente si usted firma este permiso. No Habra gasto para usted; usted no tendra que pagar por este sevicio. Le animamos a que permita que su hijo/hija partcipe en este valioso proyecto. Este programa preventive no deberia tomar el lugar del chequeo y tratamiento dental de su dentist regular. Por favor de enviar la hoja con la information indicada al maestro de su hijo/hija lo mas pronto possible.

Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, por favor de llamar al (973)321-1277 Ext.2745

-----

YES, \_Desao que mi hijo/hija particpeen el prgrams

NO ,\_ Mi hijo/hija no particpara.

Nombre Del Nino/Nina \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacmiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del la escuela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

