

## INFORMATIVO N° 10/23

### Estimados/as Padres, Madres y Apoderados/as:

El Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación, JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles) y Fundación INTEGRAL, invita a los niños a participar **“Sembrando Sonrisas”**, un programa de salud bucal nacional gratuito de prevención de caries dental para párvulos pertenecientes a establecimientos educacionales que reciben aporte del Estado. Consiste en la enseñanza de cepillado dental, alimentación saludable y consumo de agua potable. Además incluye un examen de salud bucal y dos aplicaciones de barniz de flúor, pincelando una película de barniz sobre los dientes, que se adhiere a ellos, por lo que no es tragada o ingerida por los niños y que ha demostrado ser la medida más eficaz en la prevención de la caries dental. Las aplicaciones de flúor se realizan 2 veces al año por un equipo odontológico que acude al establecimiento educacional.

La primera floración está agendada para el **jueves 8 de junio, 10.00 hrs., es por ello, que** agradecemos enviar a su hijo con un estuche individual que contenga: cepillo de dientes y pasta dental, debido a que deben cepillar sus dientes previo a la aplicación del flúor.

Este programa es gratuito para los jardines infantiles y colegios seleccionados.

- Si desea acceder a este beneficio, **agradecemos completar a continuación los siguientes datos.**
- **De lo contrario rellene cuadro al final de este documento para informar por escrito que NO autoriza a su hijo a acceder a este beneficio**

### Información de Salud del Niño

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

El niño del cual es responsable, ha tenido alguna vez un problema de salud serio o algún tipo de alergia?

\_\_\_\_\_ SI  
 \_\_\_\_\_ NO

En caso de responder sí, por favor señalar por escrito a continuación

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

Nombres y Apellidos Padre/Madre/ Apoderado	
Firma	
Fecha	

**Autorizo a mi hijo para que acceda a este beneficio del Programa “Sembrando Sonrisas”**

SI \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**Marque con una X su determinación**

**\*\*\* Recuerde enviar su respuesta a la Educadora de Párvulos antes del 30-05-2023 \*\*\***