

ELIMINACIÓN DE LIENDRES/PIOJOS DE LA CABEZA

Fecha _____

Nombre _____

Aula _____

Estimados Padres de familia/Encargados:

A su hijo se le encontraron hoy liendres/piojos en la cabeza. Asegúrese que a su hijo se le de el tratamiento (pediculicida) que extermine liendres/piojos y remueva las liendres (larva del piojo) y los piojos de la cabeza. Por favor, consulte la información: “Consejos a los Padres de Familia para Controlar los Piojos”

Con el fin de que su hijo regrese a clases, usted debe **firmar a continuación y seleccionar la casilla que le corresponda.**

_____ A mi hijo se le dio el tratamiento de acuerdo con las instrucciones en el producto que se menciona a continuación.(Por favor, anote el nombre de todos los productos que utilizó, incluyendo productos alternativos)

Fecha en la que se le dio el tratamiento: _____

Nombre del producto que se utilizó: _____

_____ No le di el tratamiento a mi hijo con ninguno de los productos mencionados, pero he eliminado manualmente las liendres y los piojos, y continuaré revisándolo diariamente y removeré cualquier otro que encuentre.

Firma del padre de familia/encargado

Fecha

(Por favor, entregue esta carta a la oficina, cuando su hijo regrese a clases)