



## Carta de notificación de salud bucal

Estimado padre o tutor:

Tener una boca sana ayuda a su hijo a desempeñarse bien en la escuela. Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, la ley de California, Código de Educación, Sección 49452.8, requiere que su hijo tenga una evaluación de salud oral o un chequeo dental durante su primer año en la escuela pública (kínder o primer grado). Cada niño necesita una evaluación de salud oral realizada por un dentista autorizado u otro profesional de la salud dental autorizado o registrado, y un formulario de evaluación de salud oral completado (adjunto a esta carta) para cumplir con este requisito.

Si su hijo no ha tenido una evaluación de salud oral en los últimos 12 meses, necesitará una antes del 31 de mayo. Lleve el formulario incluido al dentista de su hijo para que lo complete, si su hijo tuvo una evaluación de salud oral o una revisión dental en los últimos 12 meses. La siguiente información le ayudará a encontrar un dentista.

1. Puede llamar al centro de Servicios telefónicos de Medi-Cal al 1-800-322-6384 o visitar Smile California – Find a Dentist (<https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/>) para encontrar un dentista que acepta Medi-Cal. Para obtener ayuda para inscribir a su hijo en Medi-Cal, puede solicitar por correo, ir en persona a la oficina local de Servicios Sociales o en Línea en Apply for Medi-Cal. (<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>)
2. Para obtener recursos adicionales que pueden ser útiles, póngase en contacto con su departamento de salud pública local, haga clic en Apply for, (<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>) para encontrar el de usted.

Cuando lleve a su hijo al dentista, lleve el formulario adjunto para que sea completado.

Si no puede llevar a su hijo a una evaluación de salud bucal, favor de completar el formulario separado de exención del requisito de evaluación de Salud Bucal, y regrese el formulario.

Entregue el formulario a la escuela de su hijo. La identidad de su hijo no aparecerá en ningún informe. Las escuelas mantienen la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Puede obtener más copias del formulario en la escuela de su hijo o en línea en el departamento de Educación de California. (<https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp>)

Queremos que su hijo este sano y preparado para la escuela. Aunque se caigan, los dientes de leche son muy importantes. Los niños necesitan dientes de leche sanos para comer, hablar, sonreír y sentirse bien con ellos mismos.

Los niños con caries pueden tener dolor, dificultad para comer, dejar de sonreír y tener problemas para prestar atención y aprender en la escuela.



*A continuación, le ofrecemos importantes consejos para ayudar a mantener sano su hijo:*

- Lleve a su hijo al dentista, los chequeos dentales pueden ayudar a mantener la boca de tu hijo sana y sin dolor.
- Elige alimentos saludables para toda la familia, como frutas y verduras frescas. .
- Cepilla los dientes al menos dos veces al día con una pasta dental que contenga flúor.
- Limite los dulces y las bebidas azucaradas como el ponche, el jugo, o el refresco. Las bebidas azucaradas y los caramelos contienen mucho azúcar, lo cual provoca caries y deja menos espacio para que su hijo tome alimentos y bebidas saludables. Las bebidas azucaradas y dulces también pueden causar problemas de peso, lo que puede provocar otras enfermedades, tales como la diabetes. Dele mejor a su hijo opciones saludables como agua, leche, y fruta.

*Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con la enfermera del centro escolar.*

*209-744-4521*

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Sección del Código de Educación 49452.8) dice que cada niño debe tener un chequeo dental (evaluación) para el día 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional dental con licencia de California deberá hacer este chequeo y llenar la Sección 2 de esta forma. Si su hijo/hija tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses, pregunte a su dentista que llene la Sección 2. Si usted no puede obtener un chequeo dental para su hijo/a, complete la excepción separada en la Forma de Requerimiento de Evaluación de Salud Oral.

Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud oral. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y listos para aprender. La mala salud oral se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en la vida futura. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

### Sección 1: Información del niño (Debe ser llenado por uno de los padres o tutores)

Primer nombre de su hijo:	Apellido:	Inicial de Segundo nombre:	FDN de su hijo:
Domicilio:			Apt.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Año que su hijo entra al kínder: _____
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género de su hijo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Etnicidad/raza de su hijo:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) <span style="float: right; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Indígena Americano  <input type="checkbox"/> Multirracial  <input type="checkbox"/> Nativo Hawái/Islands del Pacífico  <input type="checkbox"/> Desconocido         </span>		

### Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

**NOTA IMPORTANTE:** Considere cada pregunta de forma separada. ✓ Marque su respuesta en el espacio correspondiente.

Assessment Date:	Untreated Decay (Visible Decay Present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or filling present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found	<input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation)	<input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions)
_____ <b>Licensed Dental Professional Signature</b>	_____ <b>CA License Number</b>	_____ <b>Date</b>
*Check "Yes" for Caries experience if there is the presence of untreated decay or fillings. Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings.		

### Sección 3: Follow-up to Urgent Care (filled out by entity responsible for follow-up)

Parent notified that child has urgent dental care need on: (enter date)	
A follow-up appointment for this child has been scheduled for: (enter date)	
Did the child receive the needed treatment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If no, the entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with the parent) <input type="checkbox"/> I don't know

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para propósitos relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, por favor llame a su escuela.

**Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.  
El original debe de ser incluido en el archivo escolar de su hijo.**

## Exención del requisito de evaluación de la salud bucal

Favor de completar este formulario si necesita excusar a su hijo del requisito de evaluación de salud bucal. Firme y entregue este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

### Sección 1: Información del niño (Completado por los padres o tutor legal)

Primer nombre de su hijo:	Apellido:	Inicial de Segundo nombre:	FDN de su hijo:
Domicilio:			Apt.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Año que su hijo entra al kínder: _____
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género de su hijo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Etnicidad/raza de su hijo:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)	<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido	

### Sección 2: Debe ser completado por el padre o tutor SOLO SI solicita ser eximido de este requisito

Le pido que exima a mi hijo de la evaluación porque (✓marque la casilla que mejor describa el motivo):	
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo. El plan de seguro dental de mi hijo es: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar una evaluación para mi hijo.
<input type="checkbox"/>	No dispongo de tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no dispongo de tiempo libre en el trabajo, el dentista no ofrece un horario de atención conveniente).
<input type="checkbox"/>	No puedo ir al dentista fácilmente (por ejemplo, no tengo transporte, está demasiado lejos)
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficie de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique la razón no mencionada anteriormente por la que solicita una exención de esta evaluación para su hijo): _____
Si pide que se le exima de este requisito: _____ Firma del padre o tutor <span style="float: right;">_____</span> <span style="float: right;">Fecha</span>	

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información sobre la salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo puede utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

**Devuelva este formulario a la escuela para el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo. El original debe permanecer en el expediente escolar de su hijo.**