Departamento de Salud Pública de California
Departamento de Salud, Condado de San Mateo
2022

Carta de notificación sobre la evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten)

Estimado padre, madre o tutor:

Tener una boca sana ayuda a que su hijo tenga un buen desempeño en la escuela. Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, la Sección 49452.8 del *Código de Educación* de la ley de California exige que, **durante su primer año, todos los alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten) en escuelas públicas y *solo los estudiantes de primer grado que no asistieron a la escuela pública el año anterior*** entreguen un chequeo dental **al comienzo del año escolar.**

El formulario de evaluación de salud bucal (adjunto a esta carta) debe completarlo un dentista con licencia u otro profesional de salud dental con licencia o registrado**.** Si su hijo se inscribirá en el jardín de niños (kinder / Kindergarten) o primer grado en la escuela pública para su primer año y ***ningún dentista*** ha completado el formulario en los últimos 12 meses, acuda con su dentista para que lo complete y devuélvalo a la escuela de su hijo.

Es posible **que la escuela o el distrito escolar de su hijo organice un evento gratuito de evaluación o chequeo de salud bucal,** en el que algunos dentistas con licencia u otros profesionales de salud dental con licencia o registrados realizarán chequeos de salud bucal **en la escuela.** El chequeo es una revisión rápida de los dientes de su hijo. No se realizan **tratamientos dentales** de ningún tipo. **Su hijo recibirá el chequeo de salud bucal gratuito**, ***a menos*** que usted informe a la escuela que ***no desea*** que su hijo lo reciba. Para hacerlo, llene la **carta adjunta "Carta de exclusión de la evaluación dental en la escuela,"** y devuélvala a la escuela de su hijo. Si no llena la carta de exclusión, su hijo **solo recibirá el chequeo de salud bucal**. Si además del chequeo se ofrecen tratamientos dentales en el evento, debe firmar un formulario por separado para proporcionar su consentimiento informado por escrito para que su hijo los reciba. Después del evento de chequeo, **recibirá una carta o una llamada** para informarle los resultados del chequeo de su hijo.

Si no puede llevar a su hijo a un dentista para que reciba una evaluación o un chequeo de salud bucal, o no puede acudir a un evento de chequeo de salud bucal en su escuela, llene por separado el **formulario de exención del requisito de evaluación de salud bucal** (adjunto a esta carta) y devuélvalo a la escuela de su hijo. Puede obtener copias de todos estos formularios en 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.

Si su hijo no está inscrito en el seguro dental de Medi-Cal:

Comuníquese con la **Unidad de Cobertura de Salud** del condado de San Mateo al número gratuito **1-800-223-8383**.
Número local: **650-616-2002**.
Correo electrónico: info-hcu@mscgov.org.

Visite el sitio web: http://www.smchealth.org/health-insurance.

Para encontrar un proveedor dental que acepte Medi-Cal en el condado de San Mateo:

Llame a **Servicios para Miembros de Health Plan of San Mateo** (sin costo): **1-800-750-4776.**
Número local: **650-616-2133**.
Correo electrónico: Dental@hpsm.org.
Visite el directorio de proveedores dentales en línea del Health Plan of San Mateo (HPSM) para encontrar un dentista aquí: http://www.hpsm.org/member/hpsm-dental/choose-a-dentist.

Para obtener recursos de salud bucal adicionales:

Visite el sitio web del Programa de Salud Pública Bucal: http://www.smchealth.org/oral-health.

¡Queremos que su hijo esté sano y listo para la escuela! Estos son algunos consejos importantes para ayudar a su hijo a mantenerse sano:

- Los dientes de leche son muy importantes, aunque se caigan. Los niños necesitan unos 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 poner atención y aprender en la escuela.

- Lleve a su hijo al dentista **cada seis meses**, **a partir de la aparición de su primer diente de leche**. Los chequeos dentales pueden ayudar a mantener la boca de su hijo saludable y sin dolor, y son gratuitos (están cubiertos) gracias a los planes de seguro dental.

- Elija alimentos y bebidas saludables para toda la familia, como frutas y vegetales frescos, agua y leche.

- Ayude a su hijo a cepillarse los dientes al menos 2 veces al día con una pasta dental que contenga flúor durante 2 minutos y use hilo dental todos los días.

- Limite el consumo de golosinas y bebidas dulces, como jugos o refrescos. Las bebidas dulces y las golosinas contienen mucha azúcar, lo que causa caries y reducirá las probabilidades de que su hijo consuma alimentos y bebidas saludables. Las bebidas dulces y las golosinas también pueden causar problemas de peso, lo que puede causar otras enfermedades, como la diabetes.

Si tiene preguntas sobre el requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con la escuela de su hijo. ¡Gracias!

Formulario de la evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten)

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece **que todos los alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten) inscritos en una escuela pública y cualquier niño inscrito en primer grado que no haya asistido a la escuela pública el año anterior, deberán realizarse un chequeo dental (evaluación**. Debe ser entregado a la escuela **al comienzo del año escolar**. Un profesional dental autorizado de California debe realizar la evaluación y completar las secciones 2 y 3 de este formulario. Si su hijo tuvo una evaluación dental en los últimos 12 meses, pida a su dentista que complete la sección 2 y la sección 3. Si no puede obtener una evaluación dental para su hijo, llene el formulario de exención del requisito de evaluación de salud bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se usará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con seguridad, expresarse, y estar sanos y listos para aprender. La mala salud bucal ha estado relacionada con un menor desempeño escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos que contribuya a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – AAAA
Dirección:			Depto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en el que el menor empieza el jardín de niños: A A A A
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:		Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino

Raza/origen étnico del menor:	☐ Blanco	☐ Indígena estadounidense
	☐ Negro/Afroestadounidense	☐ Multirracial
	☐ Hispano/Latino	☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico
	☐ Asiático	☐ Desconocido
	☐ Otro (especifique)	

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (debe ser completada por un profesional dental autorizado de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Fecha de la evaluación: MM – DD – AAAA	Caries sin tratar (deterioro visible presente) ☐Sí ☐No	*Experiencia de caries (caries visibles o empastes presentes) ☐Sí ☐No

Urgencia del tratamiento:

◯ **No se encontró ningún problema obvio**

◯ **Se recomienda atención dental temprana** (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional).

◯ **Atención de urgencia necesaria** (dolor, infección, hinchazón o lesiones en el tejido suave)

Firma de profesional dental autorizado	***Número de licencia de CA***	MM – DD – AAAA ***Fecha***

*Marque "Sí" para la experiencia de caries si hay presencia de caries sin tratar o empastes.
Marque "No" para la experiencia de caries si no hay caries sin tratar y no hay empastes.

Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia (debe ser completada por la entidad responsable del seguimiento)

El padre o la madre notificó que el menor tiene una necesidad urgente de atención dental el: MM – DD – AAAA

Se programó una cita de seguimiento para este menor para el: MM – DD – AAAA

¿El menor recibió el tratamiento necesario?

◯ **Sí**

◯ **No** (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres)

◯ **No lo sé**

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela.

Devuelva este formulario a la escuela *antes del* fin del primer año escolar de su hijo.

El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.

Exención del requisito de evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten)

Llene este formulario si necesita que se exente a su hijo del requisito de la evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten). Firme y devuelva este formulario a la escuela, donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – AAAA
Dirección:			Depto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en el que el menor empieza el jardín de niños: A A A A
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:		Sexo del menor: ◯ Masculino ◯ Femenino

Raza/origen étnico del menor:	☐ Blanco	☐ Indígena estadounidense
	☐ Negro/Afroestadounidense	☐ Multirracial
	☐ Hispano/Latino	☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico
	☐ Asiático	☐ Desconocido
	☐ Otro (especifique)	

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Debe ser completada por el padre, la madre o el tutor SOLO SI se está solicitando la exención de cumplir este requisito.

Solicito que se exente a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que describa mejor la razón):

☐	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: ☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ Ninguno ☐ Otro:_____
☐	No puedo pagar la evaluación de mi hijo.
☐	No dispongo de tiempo para acudir a un dentista (por ejemplo, no puede faltar al trabajo, el horario del consultorio del dentista no le resulta práctico).
☐	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos).
☐	No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación.
☐	Otro (especifique la razón no mencionada arriba por la cual solicita que se exente a su hijo de presentar esta evaluación): _____ _____

Si solicita que se le exente de cumplir este requisito:

➧ _____ MM – DD – AAAA

Firma del padre, madre o tutor ***Fecha***

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela.

Devuelva este formulario a la escuela *antes del* 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.

Departamento de Salud Pública de California
Departamento de Salud, Condado de San Mateo
2022

Carta de exclusión de la evaluación dental en la escuela

Estimado padre o tutor:

Un profesional dental certificado o registrado puede realizar una evaluación dental presencial gratuita (también llamado evaluación de salud bucal) en la escuela de su hijo. El propósito de esta evaluación dental es examinar los dientes de su hijo para detectar caries. **No se proporcionan tratamientos dentales de ningún tipo, a menos que usted haya proporcionado un consentimiento informado separado por escrito para que su hijo reciba tratamientos dentales (por ejemplo: selladores, fluoruro).**

Las caries (deterioro dental) son la enfermedad más común en los niños. Sin embargo, las caries se pueden prevenir. En California, el 54% de los niños en jardín de niños (kinder / Kindergarten) y el 70% de los niños en tercer grado han tenido caries. Las caries ocasionan dolor y pueden resultar en la desnutrición, un bajo rendimiento en la escuela, problemas del habla en la infancia e infecciones graves.

Participar en una evaluación en la escuela tiene muchos beneficios:

- No es necesario tomarse tiempo libre en el trabajo. No hay ausencias en la escuela ni en el trabajo.
- Evaluación dental GRATUITA por parte de un profesional dental autorizado.
- Una revisión rápida de los dientes de su hijo.
- Si es necesaria, una referencia a un profesional dental.
- Cumple con la Ley de evaluación de salud bucal requerida para niños en jardín de niños (kinder / Kindergarten) (Proyecto de ley [Assembly Bill, AB] 1433 y Proyecto de ley del Senado [Senate Bill, SB] 379) y apoya la preparación y el éxito escolar de los niños según la Ley de Preparación para el Kindergarten (SB 1381).

Su hijo será enviado a casa con una carta si se detectan problemas dentales de urgencia durante la evaluación. Si recibe una carta, es importante que lleve a su hijo a un dentista o proveedor dental para una evaluación adicional.

<u>No</u> se requiere tomar otras medidas si DESEA que su hijo participe en la evaluación de salud bucal o evaluación dental de su grado escolar.

Si **<u>NO</u>** desea que su hijo participe en las evaluaciones dentales presenciales en la escuela, complete la parte inferior de esta carta y devuélvala a la escuela de su hijo. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a la escuela de su hijo.

Firme el formulario a continuación si NO desea que su hijo participe en las evaluaciones de salud dental presenciales.

Nombre del estudiante: _____

☐ **<u>NO</u>** deseo que mi hijo participe en la evaluación dental o evaluación de salud bucal presencial gratuita.

_____ _____

Firma del padre o tutor Fecha