



## PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT EDUCATION CENTER • HEALTH PROGRAMS

Estimado padre(s) o proveedor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, la ley de California, Sección 49452.8 del Código de Educación, exige que su hijo se someta a una evaluación de salud bucal (chequeo dental) antes del 31 de mayo, ya sea en jardín de infantes o en primer grado, cualquiera que sea su primer año en escuela pública. Las evaluaciones que se realizaron dentro de los 12 meses anteriores a que su hijo ingrese a la escuela también cumplen con este requisito. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un dentista autorizado u otro profesional de salud dental autorizado.

Lleve la Evaluación de Salud Bucal adjunta o acuda al consultorio dental, ya que será necesaria para el chequeo de su hijo. Si no puede llevar a su hijo a esta evaluación requerida, complete la Exención de evaluación de salud bucal requerida e indique el motivo en el formulario. Puede obtener más copias del formulario necesario en la escuela de su hijo o en línea en el Departamento de Educación de California en <https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp>. La ley de California exige que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de los estudiantes. La identidad de su hijo no se asociará con ningún informe elaborado debido a este requisito.

Los siguientes recursos lo ayudarán a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. Medi-Cal/Denti-Cal puede ayudarle a encontrar un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>.  
Para obtener ayuda para inscribir a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, comuníquese con Young & Healthy al 626-795-5166 o con el Departamento de Salud Pública de Pasadena al 626-744-6086.
2. Para obtener recursos adicionales que puedan resultar útiles, comuníquese con:  
Departamento de Salud Pública de Pasadena  
1845 N. Fair Oaks Avenue  
Pasadena, CA 91103  
Teléfono: 626-744-6000  
Sitio web: <https://www.cityofpasadena.net/public-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:

- Lleve a su hijo al dentista cada seis meses.
- 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.



## PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT EDUCATION CENTER • HEALTH PROGRAMS

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 poner atención y aprender en la escuela. La caries es una infección que no cura y puede ser dolorosa si no se trata. Si las caries no se tratan, los niños pueden enfermarse lo suficiente como para requerir tratamiento en la sala de emergencia y sus dientes permanentes pueden sufrir daños permanentes.

Muchas cosas influyen en el progreso y el éxito de un niño en la escuela, incluida la salud. Los niños deben estar sanos para aprender y los niños con caries no están sanos. Las caries se pueden prevenir, pero afectan a más niños que cualquier otra enfermedad crónica.

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con el Departamento de Programas de Salud del PUSD al 626-396-3600 ext. 88240.

Atentamente,

Ana María Apodaca  
Directora, Programas de Salud

APROBADO:

Helen Hill, Ed.D.  
Acting Chief Academic Officer

## 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:  <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza/origen étnico del menor:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		

**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)  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Experiencia de caries (caries visibles o empastes presentes)  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Urgencia del tratamiento:  <input type="radio"/> <b>No se encontró ningún problema obvio</b>			<input type="radio"/> <b>Se recomienda atención dental temprana</b> (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional).	<input type="radio"/> <b>Atención de urgencia necesaria</b> (dolor, infección, hinchazón o lesiones en el tejido suave)
<hr/> <b>Firma de profesional dental autorizado</b>		<hr/> <b>Número de licencia de CA</b>	<hr/> MM – DD – AAAA <b>Fecha</b>	

\*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? <input type="radio"/> <b>Sí</b> <input type="radio"/> <b>No</b> (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) <input type="radio"/> <b>No lo sé</b>	

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: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino			
Raza/origen étnico del menor:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense	<input type="checkbox"/> Multirracial
						<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Desconocido

*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):

<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 la evaluación de mi hijo.
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación.
<input type="checkbox"/>	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.***