



Carta de Aviso sobre salud bucal / Carta a padres o tutores

Estimados padres o tutores:

Con el fin de asegurarse de que su hijo/a esté listo para el comienzo del ciclo escolar, las leyes de California requieren que su hijo/a se haga una evaluación de salud bucal (una revisión dental) antes del 31 de Mayo, para el ingreso a jardín de niños o a primer grado, independientemente de cual sea su primer año en la escuela pública.

Un dentista matriculado o un profesional de salud dental matriculado o registrado debe realizar la evaluación. Si su hijo se ha realizado una evaluación dentro de los 12 meses del ingreso a la escuela, dicha evaluación cumple con este requisito. **Las escuelas deben recibir una copia firmada del formulario requerido antes del 31 de Mayo.**

Si usted tiene un proveedor de servicios dentales:

- Lleve el formulario Evaluación de salud bucal adjunto al consultorio del dentista para que lo complete cuando su hijo/a se haga la revisión.

Si usted no tiene un proveedor de servicios dentales, los siguientes recursos lo ayudarán a encontrar a un dentista:

- Medi-Cal Dental 800-322-6384
<https://smilecalifornia.org/> or <http://www.denti-cal.ca.gov>
- Child Health & Disability Prevention Program (CHDP)
209-468-8335
<https://www.dhcs.ca.gov/services/chdp/Pages/default.aspx>
- San Joaquin Dental Society
209-951-1311
<https://sjds.org/>
- Servicios de Salud Pública del Condado de San Joaquin
209-468-8620
http://www.sjcphs.org/healthed/health_education_community_resources.aspx#oral

Si usted no puede llevar a su hijo/a esta evaluación obligatoria, indique el motivo de ello en la Sección 3 del formulario y entregue el formulario a la escuela de su hijo/a.

Las leyes de California exigen que las escuelas mantengan la privacidad de la información sobre la salud de los alumnos. La identidad de su hijo/a no se relacionará con ningún informe que se confeccione a causa de este requisito.

Recuerde que sus hijos deben estar sanos para aprender y los niños que tienen caries no están sanos. Los niños necesitan de sus dientes para comer adecuadamente, hablar, sonreír y sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tengan caries y/o dolor podrán tener dificultades para comer, posiblemente dejen de sonreír y tengan problemas para prestar atención y aprender en la escuela.

Las caries dentales son una infección que no se sana y puede ser dolorosa si no se le aplica tratamiento. Si las caries no se tratan, es posible que los niños lleguen a estar lo suficientemente enfermos como para requerir tratamiento en una sala de emergencia, y sus dientes en la adultez podrían quedar dañados en forma permanente.

Presentamos algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo/a siga estando sano:

1. Cepillar los dientes por dos minutos con una pasta dental con fluoruro dos veces al día
2. Usar hilo dental una vez al día;
3. Coma bocadillos saludables, como queso, manzanas, pepinos o zanahorias;
4. Visite al dentista dos veces al año para revisiones regulares y
5. Pregúntale a su dentista o médico sobre el barniz de fluoruro.

Si tiene preguntas sobre el requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con la escuela de su hijo/a.

Saludos cordiales,

Kelly Dextraze, Superintendente del distrito

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:
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"/> 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 		

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:	Caries sin tratar (deterioro visible presente) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	*Experiencia de caries (caries visibles o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Urgencia del tratamiento:		
<input type="checkbox"/> No se encontró ningún problema obvio	<input type="checkbox"/> Se recomienda atención (dental temprana (caries sin dolor, ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional)	<input type="checkbox"/> Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones en el tejido suave)
<hr/> Firma de profesional dental autorizado		
<hr/> Número de licencia de CA		<hr/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) <input type="checkbox"/> 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.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NINA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Liene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián	Fecha
Firma del examinador de salud	Fecha

*de ser indicado

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp