

2024-2025 Año escolar

Oral Public Health Program

Estimadas familias de estudiantes de kindergarten de San Mateo-Foster City:

La ley de California requiere que su estudiante del kínder reciba **una evaluación de la salud oral** como parte de las actividades de preparación escolar para ingresar al kínder (o primer grado si este es el primer año que su hijo está en una escuela pública). Una evaluación de salud oral realizada el año anterior del kínder también cumple con este requisito. Un dentista o un higienista oral debe completar este formulario. **El formulario se encuentra en el paquete de inscripción de kindergarten**, o puede solicitarlo al personal de la escuela, o descargarlo aquí:

www.smchealth.org/post/kindergarten-oral-health-assessment-koha.

Debe completarse y entregarse a la escuela **al comienzo del año escolar**. Si no ha entregado la evaluación oral, por favor hágalo lo antes posible. Puede programar una cita con el dentista de su hijo y llevar el formulario a la cita para que el dentista pueda completarlo. Luego, entréguelo al personal de la oficina de la escuela.

Como recordatorio, **todos los niños deben visitar al dentista al menos una vez cada 6 meses** para una limpieza y un chequeo/examen bucal. Estas visitas bianuales están cubiertas por seguro dental público (Plan de Salud de San Mateo Dental) y privado.

¡Gracias!



Suzi Riley | Coordinator Student Services
San Mateo-Foster City School District
Phone: 650.312.7248 | Email: sriley@smfcsd.net





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"/> 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"/> No se encontró ningún problema obvio			<input type="radio"/> 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="radio"/> Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones en el tejido suave)
<hr/>			MM – DD – AAAA	
Firma de profesional dental autorizado		Número de licencia de CA	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="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) <input type="radio"/> 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: <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:

Firma del padre, madre o tutor MM – DD – AAAA

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.