

Carta de notificación sobre la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)

Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Notification Letter

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 kínder (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. Los estudiantes de kindergarten de transición (TK) también** pueden completar la evaluación.

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 kínder (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.

Si no puede llevar a su hijo a un dentista para que reciba una evaluación o un chequeo de salud bucal, visite nuestra página web aquí para obtener ayuda para encontrar un dentista: <https://www.smchealth.org/accessing-oral-health-care>. O puede llenar 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 tiene seguro médico o dental:

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 el Plan de Salud de San Mateo Dental (Health Plan of San Mateo Dental):

Llame a la Línea Dental del Plan de Salud de San Mateo: 650-616-1522.

Correo electrónico: Dental@hpsm.org.

Visite la página web de HPSM Dental: <https://www.hpsm.org/member/hpsm-dental>



Para encontrar un proveedor dental que acepte Kaiser Foundation Health Plan:

Llame al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Dental: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922).

Visite la página web de Medi-Cal Dental (Smile, California): <https://smilecalifornia.org/find-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.
- **El fluoruro** es un mineral importante que su hijo necesita ya que hace que los dientes sean más fuertes y los protege de las caries. Este se encuentra en cantidades seguras en el agua potable y la pasta de dientes. Su dentista puede recomendar que su hijo también reciba **tratamientos de fluoruro, como "barniz de fluoruro"**. El barniz de fluoruro no causa dolor y se aplica en los dientes. Si su familia bebe agua embotellada principalmente, es posible que su hijo no esté recibiendo el suficiente fluoruro del agua para proteger sus dientes. **Los tratamientos con fluoruro son servicios gratuitos cubiertos por Health Plan of San Mateo (HPSM) Dental cada 6 meses, o con una frecuencia mayor si su hijo tiene mayor riesgo de tener caries.**
- **Los "selladores"** son cubiertas ("sellos") transparentes y que no causan dolor, que se colocan en los dientes traseros permanentes de su hijo (molares). Se recomiendan para todos los niños porque protegen los dientes de bacterias perjudiciales y caries, y duran varios años. **Los selladores están cubiertos por el seguro para niños.**

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 kínder (Kindergarten): Condado de San Mateo

Kindergarten Oral Health Assessment Form: San Mateo County

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece **que todos los alumnos del kínder (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)**. Los estudiantes de kindergarten de transición (TK) también pueden completar la 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. Para encontrar un proveedor dental en el condado de San Mateo, visite: www.smchealth.org/accessing-oral-health-care. 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)

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Nombre y Apellido del Menor (Child's First and Last Name): _____

Inicial del segundo nombre: (Middle Initial): _____

Fecha de nacimiento del menor (Child's Birth Date): _____

Nombre y Apellido del padre, madre, tutor (Parent/Guardian First and Last Name): _____

Dirección del menor (Child's Address): _____

Ciudad (City): _____ **Código postal** (Zip Code): _____

Género del menor (Child's Gender): ☐ Niño (Boy) ☐ Niña (Girl) ☐ No binario (Nonbinary)

Raza/origen étnico del menor (Child's Race/ Ethnicity): ☐ Asiático (Asian) ☐ Blanco (White) ☐ Hispano/Latino (Hispanic/ Latino)

☐ Indígena estadounidense (Native American) ☐ Multirracial (Multi-racial) ☐ Negro/Afroestadounidense (Black/ African American)

☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico (Native Hawaiian/ Pacific Islander)

☐ Desconocido (Unknown) ☐ Otro (especifique) Other (please specify): _____

Nombre de la escuela (School Name): _____

Nombre del maestro (Teacher Name): _____ **Grado** (Grade): _____

Año en el que el menor empieza el kínder (Year child starts kindergarten): _____

Información del hogar dental (Dental Home Information):

¿Cuál es el seguro dental de su hijo? (What is your child's dental insurance?)

☐ Plan de Salud Dental de San Mateo (HPSM Dental) ☐ Plan de Salud de la Fundación Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan)

☐ Otro (Other): _____ ☐ Ninguno (None)

¿Cuántas veces al año visita su hijo al dentista? (How many times a year does your child visit the dentist?)

☐ Una vez (Once) ☐ Dos veces (Twice) ☐ Mas de dos veces (More than twice)

¿Ha visitado su hijo al mismo dentista al menos una vez al año durante los últimos dos años seguidos? (Has your child visited the same dentist at least once a year for the past two years in a row?) ☐ Sí (Yes) ☐ No

Nombre de la clínica dental (Dental clinic name): _____

Ciudad de la clínica dental (Dental clinic city): _____

Nombre del dentista (Dentist name): _____

Número de teléfono del dentista (Dentist phone number): _____

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

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional). **IMPORTANT NOTE FOR DENTAL PROVIDERS:** Caries experience is both past treatment (e.g., fillings, crowns) **and /or** untreated decay at the present time (e.g., untreated cavities). Every child with untreated decay automatically also has caries experience for the purposes of this assessment.

Fecha de la evaluación (Assessment date): _____

Ubicación de evaluación (Assessment location, e.g. school, dental clinic, community event): _____

Caries sin tratar (deterioro visible presente) (Untreated decay: Visible decay, untreated cavities):

☐ Sí (Yes- if "Yes," caries experience below is automatically also "Yes") ☐ No

Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes) (Caries Experience: Untreated decay and/or past treatment, e.g. fillings, crowns):

☐ Sí (Yes) ☐ No

Urgencia del tratamiento (Treatment Urgency: check **only one** of the 3 options provided. *If "Urgent care needed" is checked, complete Section 3 below. **Do not** complete Section 3 if "No obvious problem found" or "Early dental care recommended" is checked).

- ☐ 1. No se encontró ningún problema obvio (No obvious problem found)
- ☐ 2. Se recomienda atención dental temprana (Early dental care recommended. Check all that apply):
- ☐ Caries sin dolor ni infección (Caries without pain or infection)
 - ☐ Al niño le beneficiaría el uso de selladores (Child would benefit from sealants)
 - ☐ Al niño le beneficiaría una evaluación adicional (Child would benefit from further evaluation)
- ☐ 3. Atención de urgencia necesaria* (*Urgent care needed. Check all that apply. Then complete as much of Section 3 below as possible.)
- ☐ Dolor (Pain)
 - ☐ Infección (Infection)
 - ☐ Hinchazón (Swelling)
 - ☐ Lesiones en el tejido suave (Soft tissue lesions)

***Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia- Solo para los niños con "Atención de urgencia necesaria" marcado en "Urgencia del tratamiento" arriba.** (*Section 3: Follow up **only** for children with "Urgent care needed" marked under "Treatment Urgency" above. Dental provider fills out as much as known and signs. School staff/ other individual responsible for additional follow-up fills out rest of Section 3).

Se notificó a los padres que el menor tiene necesidades urgentes de atención dental el (fecha): _____
(Parent/caregiver notified child has urgent dental care needs on (date))

Se programó una cita de seguimiento para este menor para el (fecha): _____
(Follow-up appointment for child with urgent dental care needs scheduled for (date))

El menor recibió el tratamiento necesario: (Child with urgent dental care needs received needed treatment. Check **only one** of the options below. *If "No" or "I Don't Know," the individual responsible for follow-up is encouraged to contact the parent/caregiver to assist in getting the child to care, and to confirm the child received needed treatment):*

- ☐ Sí (Yes)
- ☐ No*
- ☐ No lo sé* (I Don't Know)

Firma de profesional dental autorizado
Licensed dental professional signature

Número de licencia de CA
CA License Number

Fecha
Date

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.**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school. **Return form to the school no later than by the end of your child's first school year. Original to be kept in child's school record.**

Exención del requisito de evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)*Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Requirement*

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

Please fill out this form if you need to excuse your child from the kindergarten oral health assessment requirement. Sign and return this form to the school where it will be kept confidential.

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

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Nombre del menor: / <i>Child's name:</i>	Apellido: / <i>Child's last name:</i>	Inicial del segundo nombre: / <i>Middle initial:</i>	Fecha de nacimiento del menor: / <i>Date of birth:</i>
Dirección: / <i>Address:</i>			Depto.: / <i>Apt:</i>
Ciudad: / <i>City:</i>		Código postal: / <i>Zip code:</i>	
Nombre de la escuela: / <i>Name of school:</i>	Maestro: / <i>Teacher:</i>	Grado: / <i>Grade:</i>	Año en el que el menor empieza el kínder: / <i>Kindergarten year:</i>
Nombre del padre/madre/tutor: / <i>Parent, guardian first name:</i>	Apellido del padre/madre/tutor: / <i>Parent, guardian last name:</i>	Género del menor: / <i>Child's gender:</i> ☐ Niño / <i>Boy</i> ☐ Niña / <i>Girl</i> ☐ No binario / <i>Nonbinary</i>	
Raza/origen étnico del menor: / <i>Child's race/ethnicity:</i> ☐ Asiático / <i>Asian</i> ☐ Blanco / <i>White</i> ☐ Hispano/Latino / <i>Hispanic/ Latino</i> ☐ Indígena estadounidense / <i>Native American</i> ☐ Multirracial / <i>Multi-racial</i> ☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico / <i>Native Hawaiian/ Pacific Islander</i> ☐ Negro/Afroestadounidense / <i>Black/ African American</i> ☐ Desconocido / <i>Unknown</i> ☐ Otro (especifique) / <i>Other (please specify):</i>			

Continúa en la siguiente página / Continued on the next page

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

Section 2: To be filled out by parent or guardian ONLY IF asking to be excused from this requirement

Solicito que se exente a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que describa mejor la razón): /
Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):

☐	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: / I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: ☐ Plan de Salud de San Mateo/ <i>Health Plan of San Mateo Dental</i> ☐ Plan de Salud de la Fundación (Kaiser) / <i>Kaiser Foundation Health Plan / Kaiser</i> ☐ Ninguno / <i>None</i> ☐ Otro: / <i>Other:</i> _____
☐	No puedo pagar la evaluación de mi hijo / I cannot afford an assessment for my child.
☐	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) / I cannot find the time to get to a dentist (e.g., cannot get the time off from work, the dentist does not have convenient office hours).
☐	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos) / I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
☐	No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación / I do not believe my child would benefit from an assessment.
☐	Otro (especifique la razón no mencionada arriba por la cual solicita que se exente a su hijo de presentar esta evaluación): / Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child): _____

Si solicita que se le exente de cumplir este requisito/ If asking to be excused from this requirement:

Firma del padre, madre o tutor / Signature of parent or guardian

Fecha / Date

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 a más tardar al final del primer año escolar de su hijo. El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school. **Return this form to the school no later than by the end of your child's first school year. Original to be kept in child's school record.**