

July 2022



Oral Health Notification Letter

Dear Parent or Guardian:

Having a healthy mouth helps your child do well in school. To make sure your child is ready for school, California law *Education Code* Section 49452.8, requires that your child have an oral health assessment or dental check-up in his or her first year in public school (kindergarten or first grade). Every child needs an oral health assessment from a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional, and a completed Oral Health Assessment form (attached to this letter) to meet this requirement.

If your child has not had an oral health assessment in the past 12 months, they will need one before May 31. Take the attached form to your child's dentist to complete, if your child had an oral health assessment or dental check-up in the past 12 months. The following information will help you find a dentist:

1. You can call the Medi-Cal Telephone Service Center at 1-800-322-6384 or visit [Smile California - Find a Dentist \(https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/\)](https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/) to find a dentist that accepts Medi-Cal. For help enrolling your child in Medi-Cal, you can apply by mail, go in person to your local Social Services office, or online at [Apply for Medi-Cal. \(https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx\)](https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx)
2. For additional resources that may be helpful, contact your local public health department, click [Apply for Health Coverage \(https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx\)](https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) to find yours.

When you take your child to the dentist, bring the attached form to be completed.

If you cannot take your child for an oral health assessment, please fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement form, and return the form.

Please return the form to (insert school-specific information to return form). Your child's identity will not be in any report. Schools keep students' health information private. You can get more copies of the form at your child's school or on-line from the [California Department of Education. \(https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp\)](https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp)

We want your child to be healthy and ready for school! Even though they fall out, baby teeth are very important. Children need healthy baby teeth to eat, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have pain, difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school.

Here is important advice to help your child stay healthy:

- Take your child to the dentist. Dental check-ups can help keep your child's mouth healthy and pain free.
- Choose healthy foods for the entire family, like fresh fruits and vegetables.
- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.
- Limit candy and sweet drinks like punch, juice or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and leaves less room for your child to have healthy foods and drinks. Sweet drinks and candy can also cause weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. Give your child healthy choices like water, milk, and fruit instead.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact (fill in name of district personnel or office responsible for the program, telephone number and/or e-mail address).

Thank you!

Sincerely,

Dr. Jodi Nocero
Director of Pupil Services

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California’s children.

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

Child’s First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child’s Birth Date: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
City:		ZIP Code: 	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: Y Y Y Y
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child’s Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Child’s Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other (please specify)		

Continued on Next Page

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date: MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)		
_____ Licensed Dental Professional Signature		_____ CA License Number
		_____ Date

*Check “Yes” for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
 Check “No” for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent notified that child has urgent dental care need on:	MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	MM – DD – YYYY
Did child receive needed treatment?	
<input type="checkbox"/> Yes	
<input type="checkbox"/> No (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent)	
<input type="checkbox"/> I don't know	

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* May 31st of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Waiver of Oral Health Assessment Requirement

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

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

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
City:		ZIP code: 	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: Y Y Y Y
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: Male Female
Child's Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other (please specify)		

Continued on Next Page

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

Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):	
<input type="checkbox"/>	I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/>	I cannot afford an assessment for my child.
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
<input type="checkbox"/>	I do not believe my child would benefit from an assessment.
<input type="checkbox"/>	Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child): _____ _____
If asking to be excused from this requirement:	
<input type="checkbox"/> _____ Signature of parent or guardian	MM – DD – YYYY _____ Date

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* May 31 of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Julio 2022

Carta de notificación de salud bucal



Estimado padre 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 California requiere que su hijo tenga una evaluación de salud bucal o un chequeo dental en su primer año en la escuela pública (jardín de infantes o primer grado). Cada niño necesita una evaluación de salud bucal realizada por un dentista autorizado u otro profesional de salud bucal autorizado o registrado, y un formulario de evaluación de salud bucal completo (adjunto a esta carta) para cumplir con este requisito.

Si su hijo no ha tenido una evaluación de salud bucal en los últimos 12 meses, necesitará una antes del 31 de mayo. Lleve el formulario adjunto al dentista de su hijo para que lo complete, si su hijo tuvo una evaluación de salud bucal o un chequeo dental en los últimos 12 meses. La siguiente información le ayudará a encontrar un dentista:

1. Puede llamar al Centro de servicio telefónico de Medi-Cal al 1-800-322-6384 o visitar [Smile California - Encuentre un dentista \(https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/\)](https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/) para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal. Si necesita ayuda para inscribir a su hijo en Medi-Cal, puede presentar su solicitud por correo, ir en persona a la oficina local de Servicios Sociales o en línea en [Solicitar Medi-Cal \(https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx\)](https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx).
2. Para obtener recursos adicionales que puedan ser útiles, comuníquese con su departamento de salud pública local y haga clic en [Solicitar cobertura de salud \(https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx\)](https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx) para encontrar el suyo.

Cuando lleve a su hijo al dentista, lleve el formulario adjunto para que lo complete.

Si no puede llevar a su hijo a una evaluación de salud bucal, complete el formulario separado de Exención del requisito de evaluación de salud bucal y devuélvalo.

Por favor devuelva el formulario a (inserte la información específica de la escuela para devolver el formulario). La identidad de su hijo no aparecerá en ningún informe. Las escuelas mantienen privada la información de salud de los estudiantes. Puede obtener más copias del formulario en la escuela de su hijo o en línea del [Departamento de Educación de California \(https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp\)](https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp).

¡Queremos que su hijo esté sano y listo para la escuela! Aunque se caen, los dientes de leche son muy importantes. Los niños necesitan dientes de leche sanos para comer, hablar, sonreír y sentirse bien consigo mismos. Los niños con caries pueden tener dolor, dificultad para comer, dejar de sonreír y tener problemas para prestar atención y aprender en la escuela.

Aquí le ofrecemos consejos importantes para ayudar a su hijo a mantenerse saludable:

- Lleve a su hijo al dentista. Los controles dentales pueden ayudar a mantener la boca de su hijo sana y sin dolor.
- Elija alimentos saludables para toda la familia, como frutas y verduras frescas.
- Cepille sus dientes al menos dos veces al día con una pasta dental que contenga flúor.
- Limite el consumo de dulces y bebidas dulces como ponche, jugo o gaseosa. Las bebidas dulces y los caramelos contienen mucha azúcar, lo que provoca caries y deja menos espacio para que tu hijo pueda consumir alimentos y bebidas saludables. Las bebidas dulces y los caramelos también pueden causar problemas de peso, lo que puede derivar en otras enfermedades, como la diabetes. Ofrézcale a su hijo opciones saludables como agua, leche y fruta.

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de evaluación de la salud bucal, comuníquese con (complete el nombre del personal del distrito o la oficina responsable del programa, número de teléfono y/o dirección de correo electrónico).

¡Gracias!

Atentamente,

Dra. Jodi Nocero
Directora de Servicios para Alumnos

Formulario de evaluación de salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) dice que todos los niños deben tener un chequeo dental (evaluación) antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental autorizado en California debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede realizar un chequeo dental para su hijo, complete el formulario separado de Exención del Requisito de Evaluación de Salud Oral.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que requiera atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y preparados para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menor éxito en la vida. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:		Fecha de nacimiento del niño: MM – DD – AAAA	
Dirección:							Apto.:
Ciudad:						Código postal:	
Nombre de la escuela:		Maestro:		Grado:		Año en que el niño comienza el jardín de infancia: A A A A	
Nombre del padre/tutor:		Apellido del padre/tutor:			Género del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Raza/Etnia del niño:		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Nativo Americano			
		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano		<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 (especificar)					

Continúa en la página siguiente

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

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

Fecha de evaluación: MM – DD – AAAA	Caries sin tratar (Presencia de descomposición visible) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Experiencia de caries (Presencia de caries y/o empastes visibles) <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 el niño se beneficiaría con selladores o una evaluación adicional) <input type="radio"/> Atención urgente necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones de tejidos blandos)		
Firma de un profesional dental autorizado		MM – DD – AAAA Fecha
Número de licencia de CA		

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

Sección 3: Seguimiento a Urgencias (Rellenado por entidad responsable del seguimiento)

Se notificó a los padres que su hijo necesita atención dental urgente el: MM – DD – AAAA	
Se ha programado una cita de seguimiento para este niño para: MM – DD – AAAA	
¿Recibió el niño el tratamiento necesario?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Si no es así, se recomendará a la entidad responsable del seguimiento que vuelva a comunicarse con los padres) <input type="radio"/> No sé

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo podrá utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

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

El original se conservará en el expediente escolar del niño.

Exención del requisito de evaluación de la salud bucal

Complete este formulario si necesita excusar a su hijo del requisito de evaluación de salud bucal.
Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño: MM – DD – AAAA
Dirección:			Apto.:
Ciudad:		Código postal: 	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el jardín de infantes A A A A
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género del niño <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Raza/Etnia del niño:	<input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Nativo Americano <input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otro (especificar)		

Continúa en la página siguiente

Sección 2: Para ser completado por el padre o tutor SOLAMENTE SI solicita ser eximido de este requisito

Por favor, excuse a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa el motivo):	
<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 costear una evaluación para mi hijo.
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo conseguir tiempo libre en el trabajo, el dentista no tiene un horario de oficina conveniente).
<input type="checkbox"/>	No puedo llegar fácilmente a un dentista (por ejemplo, no tengo transporte, está demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficiaría de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique el motivo no mencionado anteriormente por el cual solicita una exención de esta evaluación para su hijo):
Si solicita ser eximido de este requisito:	
<input type="checkbox"/>	MM – DD – AAAA
Firma del padre o tutor	Fecha

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo podrá utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original se conservará en el expediente escolar del niño.