

Carta de notificación de salud bucal

Distrito Escolar Unificado de Riverside

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 la escuela de su hijo. 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 la escuela de su hijo.

¡Gracias!



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 _ _ _ _ _ _ _
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/Islas 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"/> _____ <i>Firma del padre o tutor</i>	MM – DD – AAAA _____ <i>Fecha</i>

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.

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: 	
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"/> Negro/Afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo Americano	
		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Multirracial	
		<input type="checkbox"/> Otro (especificar)				<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico	
						<input type="checkbox"/> Desconocido	

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)
<hr/> Firma de un profesional dental autorizado Número de licencia de CA MM – DD – AAAA _____ _____ _____		

*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.