**KOHA reminder letter for parents of public school kindergartners in San Mateo County:**

Dear *[Enter Your School's Name]* Families of Kindergartners:

California law requires your kindergarten student to receive **an assessment of their oral health** as part of school readiness activities for kindergarten entry (or first grade if this is your child’s first year in public school). An oral health assessment conducted the year prior to kindergarten also satisfies this requirement. A dentist or oral hygienist must complete the form. The form in English and Spanish is attached here, **or you can ask the school staff for it, or** [**download it here.**](https://www.smchealth.org/sites/main/files/file-attachments/english_and_spanish_smc_koha_assessment_only_forms.pdf?1701112177)

It should be completed and turned into the school **at the beginning of the school year**. If you have not yet turned in the oral assessment, please do so as soon as possible. You can make an appointment with your child’s dentist, and bring the form to the appointment so the dentist can complete it. Then, turn it into the school office staff.

As a reminder, ***all children*** should visit the dentist at least once every 6 months for a cleaning and a check-up/oral exam. These twice yearly visits are covered by public and private dental insurance.

Thank you!

*[Sign off]*

**KOHA reminder letter for parents of public school kindergartners in San Mateo County:**

**Spanish:**

Estimadas familias de niños del kínderde [*Enter Your School’s Name]*:

La ley de California requiere que su estudiante del kínderreciba **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 en inglés y español se adjunta aquí, o puede solicitarlo al personal de la escuela, o** [**descargarlo aquí.**](https://www.smchealth.org/sites/main/files/file-attachments/english_and_spanish_smc_koha_assessment_only_forms.pdf?1701112177)

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 y privado.

¡Gracias!

*[Sign off]*

**Kindergarten Oral Health Assessment Form**

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child enrolled in kindergarten in a public school, and any child enrolled in first grade *who did not attend public school the previous year*, must have a dental check-up (assessment). It should be turned in at the beginning of the school year. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out **Sections 2 and 3** of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Sections 2 and 3. 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:City: Zip Code: | Apt.: |
| School Name: | Teacher: | Grade: | Year child starts kindergarten:YYYY |
| Parent/Guardian First Name: | Parent/Guardian Last Name: | Child’s Gender: Boy  Girl  Nonbinary |
| Child’s Race/Ethnicity: White  Black/African American  Hispanic/Latino  Asian Native Hawaiian/Pacific Islander  Native American  Multi-racial  Unknown Other (please specify) |
| **Dental home information** |
| Does your child visit the same dentist twice a year (once every 6 months?) Yes  NoIf no to above, does your child visit the dentist once a year? Yes  No | Does your child have dental insurance?  Yes  NoDoes your child have Health Plan of San Mateo Dental (HPSM Dental) insurance?  Yes  No Dental clinic name: Dental clinic address: Dentist name:  Dentist phone number:  |

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

**IMPORTANT NOTE: Caries experience** is **both past treatment** (e.g., fillings, crowns) and**untreated decay at the present time** (e.g., untreated cavities).

|  |  |
| --- | --- |
| ***INCORRECT ENTRIES*** | ***CORRECT ENTRIES*** |
| *Untreated decay* | *Caries experience* | *Untreated decay* | *Caries experience* |
| *Y* | *N* | *Y* | *Y* |
|  |  | *N* | *Y* |
|  |  | *N* | *N* |

**Section 2: Oral health screening assessment**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assessment Date:**MM – DD – YYYY**Location:**Dental office School Other: | **Untreated Decay (Visible Decay)** Yes (If yes, caries experience is  automatically also Yes) No | **Caries Experience** (untreated decay **and/or** fillings present- see examples above)  Yes No |
| **Treatment Urgency**: **Early dental care recommended Urgent care needed**  **No obvious (Check all that apply): (Check all that apply):** **problem found** Caries without pain or infection Pain   Child would benefit from further evaluation Swelling   Child would benefit from sealants  Infection  Soft tissue lesions  |
|  ***Licensed Dental Professional Signature CA License Number Date*** |

**Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by dental office or 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?  **Yes**  **No** (If no, entity responsible for follow-up is encouraged to check back in with parent) **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 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.*

# Formulario de la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)

*Kindergarten Oral Health Assessment Form*

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)**. 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)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del menor** / *Child’s name :* | **Apellido** / *Child’s last name:* | **Inicial del segundo nombre**/ *Middle initial:* | **Fecha de nacimiento del menor**/ *Date of birth:*MM – DD – AAAA |
| **Dirección**/ *Address:***Ciudad**/ *City*: **Código postal/** *Zip code*: | **Depto**./ *Apt.:* |
| **Nombre de la escuela**/ *Name of school*: | **Maestro**/ *Teacher:* | **Grado**/ *Grade:* | Año en el que el menor empieza el kínder/ *Kindergarten year* :AAAA |
| **Nombre del padre, madre, tutor**/ *Parent, guardian first name:* | **Apellido del padre, madre, tutor**/ *Parent, guardian last name:* | **Género del menor**/ *Child’s gender:* Niño/ *Boy*  Niña/ *Girl*  No binario/ *Nonbinary* |
| **Raza/origen étnico del menor/** *Child’s race/ethnicity:* Blanco / *White*  Indígena estadounidense/ *Native American* Negro/Afroestadounidense /*Black/ African American*  Multirracial Hispano/Latino  Desconocido/ *Unknown*   Asiático / *Asian*  Otro (especifique) / *Other (please specify):*   Nativo de Hawái/islas del Pacífico / *Native Hawaiian/ Pacific Islander* |
| **Información del hogar dental** / *Dental home information* |
| **¿Su hijo visita al mismo dentista dos veces al año (¿una vez cada 6 meses?)** / *Does your child visit the same dentist twice a year (once every 6 months?)*  Sí / *Yes*   No**En caso negativo a lo anterior, ¿su hijo visita al dentista una vez al año**?/ *If no to above, does your child visit the dentist once a year?* Sí / *Yes*  No | ¿**Tiene su hijo seguro dental?**  Sí / *Yes*  No*Does your child have dental insurance?*¿**Tiene su hijo seguro del Plan de Salud Dental de San Mateo (HPSM Dental)?** *Does your child have Health Plan of San Mateo Dental (HPSM Dental) insurance?*   Sí / *Yes*   No  **Nombre de la clínica dental**: *Dental clinic name***Dirección de la clínica dental**:  *Dental clinic address***Nombre del dentista**: *Dentist name***Número de teléfono del dentista**: *Dentist phone number* |

***IMPORTANT NOTE FOR DENTAL PROVIDER: Caries experience*** *is* ***both past treatment (e.g., fillings, crowns) and untreated decay at the present time (e.g., untreated cavities).***

|  |  |
| --- | --- |
| ***INCORRECT ENTRIES*** | ***CORRECT ENTRIES*** |
| *Untreated decay* | *Caries experience* | *Untreated decay* | *Caries experience* |
| *Y* | *N* | *Y* | *Y* |
|  |  | *N* | *Y* |
|  |  | *N* | *N* |

# 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)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de la evaluación** *Date of assessment:*MM – DD – AAAA | **Caries sin tratar (deterioro visible presente)** *Untreated decay (visible decay)* Sí / *Yes*  No | **Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes)** *Caries experience (untreated decay and/or fillings present)* Sí / *Yes*  No |
| **Urgencia del tratamiento / *Treatment urgency*** |
|  **No se encontró ningún problema obvio***No obvious problem found* |  **Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional).** *Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation. Circle all that apply.)* |  **Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón, o lesiones en el tejido suave)** *Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions. Circle all that apply.)* |
|  |  ***Número de licencia de CA Fecha****CA License Number**Date* |
| ***Firma de profesional dental autorizado****Licensed Dental Professional Signature* |

## Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia (debe ser completada por la entidad responsable del seguimiento) *Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)*

|  |
| --- |
|  **El padre o la madre notificó que el menor tiene una****necesidad urgente de atención dental el:***Parent* *notified that child has urgent dental care need on:* MM – DD – AAAA |
|  **Se programó una cita de seguimiento para este menor para el:** *A follow-up appointment for this child has been scheduled for:* MM – DD – AAAA |
|  **¿El menor recibió el tratamiento necesario*? Did child receive needed treatment?***  Sí / *Yes*  No(Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) / *No**(If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent)*  No lo sé/*I don’t know* |

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.***