

Kindergarten Oral Health Assessment 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 **every kindergartner and any first grader in public school for their first year** to have an **oral health assessment/ screening** or dental check-up turned into their school **at the beginning of the school year**.

The Kindergarten Oral Health Assessment Form (attached to this letter) needs to be completed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. If your kindergartner or first grader enrolling in public school for their first year **has not** had the form completed by a dentist in the past 12 months, please go to their dentist to get it completed, and return it to your child's school.

Your child's school or school district **may host a free oral health assessment/ screening event**, where licensed dentists or other licensed or registered dental health professionals will provide the oral health screening **at the school**. The screening is a quick look at your child's teeth. **No dental treatments** of any kind are given. **Your child will be given the free oral health screening unless** you let the school know you would **not like** your child to receive it. This is called "opting out" of the screening. To opt out, please fill out the attached **On-Site Dental Screening Opt Out Letter** and return it to your child's school. If you do not opt out of the screening, your child **will get the oral health screening only**. If dental treatments are also offered at the event in addition to the screening, you must sign a separate form to provide your written informed consent in order for your child to receive them. After the screening event, **you will receive a letter or phone call** sharing the results of your child's screening.

If you cannot take your child to a dentist to get the oral health assessment/ screening, or your child cannot attend an oral health screening event hosted at your school, please fill out the separate **Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment Requirement form (attached to this letter)**, and return it to your child's school. You can get copies of all these forms from your child's school.

Your child's identity will not be in any report. Schools keep students' health information private.

If your child is not enrolled in Medi-Cal dental insurance:

Contact San Mateo County's **Health Coverage Unit** by calling toll free:
1-800-223-8383.

Local number: **650-616-2002**.

Email: info-hcu@mscgov.org.

Visit the website: <http://www.smchealth.org/health-insurance>.



To find a dental provider accepting Medi-Cal in San Mateo County:

Call the **Health Plan of San Mateo's Member Services** (toll free):
1-800-750-4776.

Local number: **650-616-2133.**

Email: Dental@hpsm.org.

Visit HPSM Dental's online dental provider directory to find a dentist here:
<http://www.hpsm.org/member/hpsm-dental/choose-a-dentist>.



For additional oral health resources:

Visit the Oral Public Health Program website: <http://www.smchealth.org/oral-health>.

We want your child to be healthy and ready for school! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Baby teeth are very important, even though they fall out. 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.
- Take your child to the dentist **every six months, starting when their first baby tooth comes in**. Dental check-ups can help keep your child's mouth healthy and free of pain, and are covered by dental insurance plans.
- Choose healthy foods and drinks for the entire family, like fresh fruits and vegetables, water and milk.
- Help your child brush their teeth at least 2 times a day with toothpaste that contains fluoride for 2 minutes, and floss daily.
- 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.

If you have questions about the oral health assessment requirement, please contact your child's school.

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:			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:	☐ White ☐ Native American ☐ Black/African American ☐ Multi-racial ☐ Hispanic/Latino ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Asian ☐ Unknown ☐ 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) ☐ Yes ☐ No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No
Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)		
MM – DD – YYYY 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? ☐ Yes ☐ No (If no, entity responsible for follow-up will be 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 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.

Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment Requirement

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.

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:	☐ White ☐ Native American ☐ Black/African American ☐ Multi-racial ☐ Hispanic/Latino ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Asian ☐ Unknown ☐ 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):

☐

I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is:

☐

Medi-Cal

☐

Covered California

☐

Healthy Kids

☐

None

☐

Other: _____

☐

I cannot afford an assessment for my child.

☐

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).

☐

I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).

☐

I do not believe my child would benefit from an assessment.

☐

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:

*

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.

Carta de notificación sobre la evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten)

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 jardín de niños (kinder / 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**.

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 jardín de niños (kinder / 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.

Es posible que la escuela o el distrito escolar de su hijo organice un evento gratuito de evaluación o chequeo de salud bucal, en el que algunos dentistas con licencia u otros profesionales de salud dental con licencia o registrados realizarán chequeos de salud bucal **en la escuela**. El chequeo es una revisión rápida de los dientes de su hijo. No se realizan **tratamientos dentales** de ningún tipo. **Su hijo recibirá el chequeo de salud bucal gratuito, a menos** que usted informe a la escuela que **no desea** que su hijo lo reciba. Para hacerlo, llene la **carta adjunta “Carta de exclusión de la evaluación dental en la escuela,”** y devuélvala a la escuela de su hijo. Si no llena la carta de exclusión, su hijo **solo recibirá el chequeo de salud bucal**. Si además del chequeo se ofrecen tratamientos dentales en el evento, debe firmar un formulario por separado para proporcionar su consentimiento informado por escrito para que su hijo los reciba. Después del evento de chequeo, **recibirá una carta o una llamada** para informarle los resultados del chequeo de su hijo.

Si no puede llevar a su hijo a un dentista para que reciba una evaluación o un chequeo de salud bucal, o no puede acudir a un evento de chequeo de salud bucal en su escuela, llene 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 está inscrito en el seguro dental de Medi-Cal:

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 Medi-Cal en el condado de San Mateo:

Llame a **Servicios para Miembros de Health Plan of San Mateo** (sin costo):
1-800-750-4776.

Número local: **650-616-2133**.

Correo electrónico: Dental@hpsm.org.

Visite el directorio de proveedores dentales en línea del Health Plan of San Mateo (HPSM) para encontrar un dentista aquí:

<http://www.hpsm.org/member/hpsm-dental/choose-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.

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 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: A A A A
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Raza/origen étnico del menor:	☐ Blanco ☐ Indígena estadounidense ☐ Negro/Afroestadounidense ☐ Multirracial ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico ☐ Asiático ☐ Desconocido ☐ Otro (especifique)		

Continúa en la siguiente página

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) ☐ Sí ☐ No	*Experiencia de caries (caries visibles o empastes presentes) ☐ Sí ☐ No
Urgencia del tratamiento: ☐ No se encontró ningún problema obvio ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional). ☐ Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones en el tejido suave)		
Firma de profesional dental autorizado Número de licencia de CA MM – DD – AAAA 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? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) ☐ 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: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Raza/origen étnico del menor:	☐ Blanco ☐ Indígena estadounidense ☐ Negro/Afroestadounidense ☐ Multirracial ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico ☐ Asiático ☐ Desconocido ☐ Otro (especifique)		

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):

☐	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: ☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ Ninguno ☐ Otro: _____
☐	No puedo pagar la evaluación de mi hijo.
☐	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).
☐	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos).
☐	No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación.
☐	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:

* _____	MM – DD – AAAA
Firma del padre, madre o tutor	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.