

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

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, 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 es elegible para Medi-Cal pero no se ha inscrito en Health Plan of San Mateo (HPSM) 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 Health Plan of San Mateo Dental:

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.
- **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 son gratuitos (están cubiertos por HPSM Dental) para niños de 5 a 20 años.**

Si tiene preguntas sobre el requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con la escuela de su hijo. ¡Gracias!

IMPORTANT NOTE FOR DENTAL PROVIDER: Caries experience is both past treatment (e.g., fillings, crowns) and/or 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 <i>Date of assessment:</i> MM – DD – AAAA	Caries sin tratar (deterioro visible presente) <i>Untreated decay (visible decay)</i> <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No	Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes) <i>Caries experience (untreated decay and/or fillings present)</i> <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No
--	---	---

Urgencia del tratamiento / Treatment urgency

<input type="checkbox"/> No se encontró ningún problema obvio <i>No obvious problem found</i>	<input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional). <i>Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation. Circle all that apply.)</i>	<input type="checkbox"/> Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón, o lesiones en el tejido suave) <i>Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions. Circle all that apply.)</i>
---	--	--

_____ Firma de profesional dental autorizado <i>Licensed Dental Professional Signature</i>	_____ Número de licencia de CA <i>CA License Number</i>	_____ Fecha <i>Date</i>
---	--	--------------------------------------

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: <i>Parent notified that child has urgent dental care need on:</i>	MM – DD – AAAA
--	----------------

Se programó una cita de seguimiento para este menor para el: <i>A follow-up appointment for this child has been scheduled for:</i>	MM – DD – AAAA
--	----------------

¿El menor recibió el tratamiento necesario? Did child receive needed treatment? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) / <i>No (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent)</i> <input type="checkbox"/> No lo sé / <i>I don't know</i>
--

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.

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)/ <i>Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):</i>	
<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 / <i>I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is:</i> <input type="checkbox"/> Plan de Salud de San Mateo/ Health Plan of San Mateo Dental <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Ninguno / <i>None</i> <input type="checkbox"/> Otro / <i>Other:</i> _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar la evaluación de mi hijo / <i>I cannot afford an assessment for my child.</i>
<input type="checkbox"/>	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>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>
<input type="checkbox"/>	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos) / <i>I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).</i>
<input type="checkbox"/>	No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación / <i>I do not believe my child would benefit from an assessment.</i>
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique la razón no mencionada arriba por la cual solicita que se exente a su hijo de presentar esta evaluación / <i>Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child):</i> _____ _____
Si solicita que se le exente de cumplir este requisito/ <i>If asking to be excused from this requirement:</i>	
_____	MM – DD – AAAA
Firma del padre, madre o tutor / <i>Signature of parent or guardian</i>	Fecha / <i>Date</i>

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.

Return this form to the school no later than by the end of your child's first school year.

El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.

Original to be kept in child's school record.