

MENSAJE IMPORTANTE PARA PADRES

SE REQUIERE UN CHEQUEO DE SALUD ORAL PARA LA ESCUELA

Para asegurar que su niño esté listo para la escuela, según la ley de California, Sección 49452.8 del *Código Educativo*, ahora requiere que su niño tenga una evaluación de salud (chequeo dental) antes del 31 de mayo en kinder o primer grado, cualquier que sea su primer año de escuela pública. Las evaluaciones que han pasado dentro de los 12 meses antes de la entrada de su niño en la escuela también cumplen con esta exigencia. La ley especifica que la evaluación debe ser hecha por un dentista autorizado u otro profesional de salud dental autorizado o registrado.

Traiga el formulario de Evaluación de Salud / Petición de Renuncia a la oficina dental, porque será necesario para el chequeo de su niño. Si usted no puede llevar a su niño a esta evaluación requerida, por favor indique la razón en Sección 3 del formulario. Usted puede conseguir más copias del formulario necesario en la escuela de su niño o en línea al Sitio Web del Departamento de Educación de California al <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la intimidad de información de salud de estudiantes. La identidad de su niño no será asociado con ningún informe producido a consecuencia de esta exigencia.

Los recursos siguientes le ayudarán a encontrar un dentista y completar esta exigencia para su niño:

1. El número gratis o el sitio Web de Medi-Cal/Denti-Cal puede ayudarle a encontrar a un dentista que acepta Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para ayuda con la inscripción de su niño en Medi-Cal/Denti-Cal, llame al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Sonoma, 520 Mendocino Avenue, 565-5200 o 800-354-1277. La dirección para correo es P.O. Box 1539, Santa Rosa, CA 95402-1539.
2. El número gratis o el sitio Web de Healthy Families puede ayudarle a encontrar a un dentista que acepta el seguro Healthy Families o para determinar si su niño pueda inscribirse en el programa: 1-800-880-5305 o <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Para recursos adicionales que pueden ser útiles, contacte el Departamento de Servicios Humanos del Condado de Sonoma, 3313 Chanate Road, Santa Rosa, CA 95404-1795, 565-4700.

Si usted tiene preguntas sobre la nueva exigencia de evaluación de salud oral, por favor póngase en contacto con la oficina de Currículo e Instrucción, K-6, 211 Ridgway Avenue, Santa Rosa, CA 95401, 528-5272.



Formulario de Evaluación / Renuncia de Salud Oral

La ley de California, *el Código Educativo*, Sección 49452.8, ahora requiere que su niño (o niña) tenga una evaluación de salud oral antes del 31 de mayo en kinder o primer grado, cualquiera que sea su primer año de escuela pública. La ley especifica que la evaluación debe ser hecha por un dentista autorizado u otro profesional autorizado o registrado de salud dental. Las evaluaciones de salud orales que pasaron dentro de los 12 meses antes de la entrada de su niño en la escuela también cumplen con esta exigencia. Si usted no puede llevar a su niño a esta evaluación, usted puede ser perdonado de esta exigencia por llenar Sección 3 de este formulario.

Sección 1

A ser completado por el padre o guardián

Nombre del niño:	Apellido:	Primera letra del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Apartamento:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Género del Niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del Padre/Guardián:	La raza/pertenencia étnica del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2

Colección de Datos de Salud Oral

A ser completado por el profesional dental que hace la evaluación

Fecha de la evaluación:	<u>Caries visible y/o empastes presentes:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Caries visible presente:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia de Tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio encontrado <input type="checkbox"/> Cuidado dental temprano recomendado <input type="checkbox"/> Cuidado urgente es necesario
-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Firma del profesional dental

Fecha

Devuelva este formulario a la escuela antes del 31 de mayo

El documento original será retenido en el archivo escolar del niño.



Sección 3

Renuncia de la Exigencia de Evaluación de Salud Oral **A ser completado por un padre o guardián que solicita ser perdonado de esta exigencia**

Nombre del niño:	Apellido:	Primera letra del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Apartamento:
Ciudad:			Código Postal:

Solicito que mi niño sea perdonado de la exigencia de evaluación de salud oral por la razón siguiente: (Por favor marque la caja que mejor describe la razón.)

- No puedo encontrar una oficina dental que acepta el plan de seguros de mi niño.
 Mi niño es cubierto por el plan de seguros siguiente:
 Medi-Cal/Denti-Cal Familias Sanas Niños Sanos Ninguno
 Otro _____

- No puedo pagar para una evaluación de salud oral para mi niño.
- Deseo que mi niño no reciba una evaluación de salud oral.

Opcional: otros motivos porque mi niño no podía conseguir una evaluación de salud oral:

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la intimidad de información de salud de estudiantes. La identidad de su niño no será asociado con ningún informe producido a consecuencia de esta exigencia. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta exigencia, por favor póngase en contacto con su oficina escolar.

Firma del padre o guardián

Fecha

Devuelva este formulario a la escuela antes del 31 de mayo

El documento original será retenido en el archivo escolar del niño.