Año académico Año-Año

Estimado(a) padre, madre o tutor:

¿Sabía que tener dientes sanos es importante para la salud general de su hijo/a y para su capacidad de aprendizaje? La sección de salud bucal de Carolina del Norte realizará exámenes dentales a los niños de INTRODUZCA EL NIVEL DE GRADO durante el año escolar Año-Año. **La participación de su hijo/a en estos exámenes es importante por dos motivos fundamentales:**

1. El examen dental puede ayudar a identificar cualquier necesidad dental temprana o urgente que su hijo/a pueda tener y proporcionarle opciones para obtener atención dental en su comunidad.
2. Aunque su hijo/a consulte al dentista con regularidad, la información sobre salud bucal que recopilamos también ayuda a la sección de salud bucal y a otros colaboradores a *crear y mejorar programas y servicios de salud bucal para los niños y jóvenes de su condado.* Sin esta información, los programas y servicios beneficiosos podrían no alcanzar a los niños que más los necesitan. La información de su hijo/a está protegida y nunca se comparten datos como el nombre, la fecha de nacimiento y la ID del estudiante.

La evaluación dental simple e inocua también es una oportunidad para que su hijo/a aprenda más sobre el buen cuidado de sus dientes. Nombre de PHDH, un higienista dental con licencia de salud pública de la sección de salud bucal, completará la evaluación dental usando una linterna, un depresor lingual limpio, un espejo y un aplicador con punta de algodón.

Se adjuntan a esta carta copias del formulario de recopilación de datos y del informe del examen de salud dental utilizados. El formulario de recopilación de datos es utilizado únicamente por el personal de la sección de salud bucal. Usted recibirá en su casa el informe del examen de salud bucal con los resultados de la evaluación de su hijo.

**Si desea que su hijo participe, le pedimos que complete y devuelva al profesor de su hijo/a el formulario de consentimiento adjunto.** Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con Nombre de HPDH al Número de teléfono.

Atentamente,

Nombre de PHDH

Higienista dental de salud pública

Sección de Salud Bucal

División de salud pública, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte

Dirección de correo electrónico

[www.dph.ncdhhs.gov/oralhealth/index.htm](http://www.dph.ncdhhs.gov/oralhealth/index.htm)

enc/

**Formulario de encuesta de examen básico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha:**  **Nombre de la escuela:**  **Grado:**  **Profesor/a:** | **Código de la escuela:** | **Distrito escolar:**  **Higienista:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | *Las columnas sombreadas son obligatorias para BSS* | | | | | | | | | |  |
| **Abs** | **Sin Ref** | **Ref** | **F/u** | **L** | **Estudiante** | **ID o FN** | **Caries no tratadas** | | **Caries tratadas** | | **Selladores** (\*sólo para molares permanentes) | | | **Urgencia del tratamiento** | | | **Comentarios** |
| **0** | **1** | **0** | **1** | **0** | **1** | **necesidad** | **1** | **2** | **3** |  |
|  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nombre de su hijo/a:**

|  |
| --- |
| ***Informe del examen de salud bucal*** |

**Estimado/a padre/madre o tutor:**

El higienista dental de salud pública examinó los dientes de su hijo/a utilizando un depresor lingual y una linterna. Este examen no sustituye a un examen completo en el consultorio dental, pero puede servir de guía para la próxima visita de su hijo/a al dentista.

**Si su hijo/a ha visitado al dentista recientemente, es posible que se haya dado cuenta de lo siguiente:**

* Hoy no se han observado problemas evidentes. Se recomiendan visitas regulares al dentista para mantener los dientes sanos de su hijo/a.
* Se han observado posibles zonas con problemas en la boca de su hijo/a. Estas áreas se deben examinar en la siguiente visita dental de su hijo/a.
* Los dientes de su hijo/a parecen necesitar atención dental. Concierte una cita con su dentista lo antes posible.
* Pregunte a su dentista sobre los selladores para prevenir las caries.

**Comentarios**:

* Consulte con su empleador acerca de los beneficios del seguro.
* La dirección de Internet para buscar dentistas de Medicaid en Carolina del Norte es:

<https://www.insurekidsnow.gov/find-a-dentist/index.html>

***Para informarse sobre cómo solicitar Medicaid en Carolina del Norte,   
póngase en contacto con el departamento de servicios sociales de su condado.***

Si necesita ayuda para encontrar tratamiento dental para su hijo/a, comuníquese con:

Nombre de PHDH

Correo electrónico

Teléfono

Si necesita un intérprete, llame al número mencionado arriba y díganos su idioma. Quedará en espera mientras ponemos a un intérprete al teléfono. Esto podría demorar unos minutos.