

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 in public school and only those first graders who were not in public school the prior 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.

If you cannot take your child to a dentist to get the oral health assessment/ screening, or if 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 eligible for Medi-Cal but has *not* enrolled in Health Plan of San Mateo (HPSM) Dental:

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 Health Plan of San Mateo Dental:

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
- **Fluoride** is an important mineral that your child needs because it makes their teeth stronger and protects them from cavities. It is found in safe amounts in our drinking water and in toothpaste. Your dentist may recommend your child also receive **fluoride treatments, like "fluoride varnish."** Fluoride varnish is painless and painted on their teeth. If your family drinks mostly bottled water, your child may not be getting enough fluoride from water to protect their teeth. **Fluoride treatments are free services covered by HPSM Dental every 6 months, or more frequently if your child has a higher risk of tooth decay.**
- **"Sealants"** are painless, clear coatings ("seals") put on your child's permanent back teeth (molars). They are recommended for all children because they protect teeth from harmful bacteria and cavities, and they last for several years. **Sealants are free (covered by HPSM Dental) for kids ages 5-20.**

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: <small>MM - DD - YYYY</small>
Address:			Apt.:
City:		Zip Code:	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: <small>YYYY</small>
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:	Child's Gender: <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/> Nonbinary	
Child's Race/Ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other (please specify)			

Dental home information

Does your child visit the same dentist twice a year (once every 6 months)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Does your child have dental insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Does your child have Health Plan of San Mateo Dental (HPSM Dental) insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If no to above, does your child visit the dentist once a year? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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/or untreated decay at the present time (e.g., untreated cavities).

INCORRECT ENTRIES		CORRECT ENTRIES	
<i>Untreated decay</i>	<i>Caries experience</i>	<i>Untreated decay</i>	<i>Caries experience</i>
Y	N	Y	Y
		N	Y
		N	N

Section 2: Oral health screening assessment

Assessment Date: MM - DD - YYYY Location: <input type="checkbox"/> Dental office <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Other:	Untreated Decay (Visible Decay) <input type="checkbox"/> Yes (If yes, caries experience is automatically also Yes) <input type="checkbox"/> No	Caries Experience (untreated decay and/or fillings present- see examples above) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="radio"/> No obvious problem found <input type="radio"/> Early dental care recommended (Check all that apply): <input type="checkbox"/> Caries without pain or infection <input type="checkbox"/> Child would benefit from further evaluation <input type="checkbox"/> Child would benefit from sealants <input type="radio"/> Urgent care needed (Check all that apply): <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If no, entity responsible for follow-up is encouraged to check back in with parent) <input type="checkbox"/> 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.

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: <small>MM - DD - YYYY</small>
Address:			Apt.:
City:		Zip code:	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: <small>YYYY</small>
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:	Child's Gender: <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/> Nonbinary	
Child's Race/Ethnicity:			
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> Native American	<input type="checkbox"/> Multi-racial
<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Unknown
<input type="checkbox"/> Other (please specify)			

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):

<input type="checkbox"/>	I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: <input type="checkbox"/> Health Plan of San Mateo Dental <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/>	I cannot afford an assessment for my child.
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
<input type="checkbox"/>	I do not believe my child would benefit from an assessment.
<input type="checkbox"/>	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:	
* _____	<small>MM - DD - YYYY</small>
Signature of parent or guardian	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* by the end 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 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!

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:							Depto./ Apt.:
Ciudad/ City:				Código postal/ Zip code:			
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: <input type="checkbox"/> Niño/ Boy <input type="checkbox"/> Niña/ Girl <input type="checkbox"/> No binario/ Nonbinary			
Raza/origen étnico del menor/ Child's race/ethnicity:							
<input type="checkbox"/> Blanco / White <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/ Native American <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense /Black/ African American <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/ Unknown <input type="checkbox"/> Asiático / Asian <input type="checkbox"/> Otro (especifique)/ Other (please specify): <input type="checkbox"/> 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?) <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene su hijo seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> 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/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>	
_____ Firma del padre, madre o tutor / <i>Signature of parent or guardian</i>	_____ Fecha / <i>Date</i> MM – DD – AAAA

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.