

## Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) 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**. **Transitional kindergartners (TK)** can also complete the assessment.

**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 visit our webpage here for help in finding a dentist: <https://www.smchealth.org/accessing-oral-health-care>. Or, you may complete 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 does not have health or 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](mailto: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 (HPSM Dental):**

Call the **Health Plan of San Mateo's Dental Line**: 650-616-1522

Email: [Dental@hpsm.org](mailto:Dental@hpsm.org).

Visit HPSM Dental's webpage: <https://www.hpsm.org/member/hpsm-dental>



### **To find a dental provider accepting Kaiser Foundation Health Plan:**

Call the Medi-Cal Dental Customer Service Center: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922).

Visit the Medi-Cal Dental (Smile, California) webpage: <https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/>

**For additional oral health information and 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 covered by insurance for kids.**

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

## Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Form: San Mateo County

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). Transitional kindergartners can also complete the 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. To find a dental provider in San Mateo County, visit: [www.smchealth.org/accessing-oral-health-care](http://www.smchealth.org/accessing-oral-health-care). 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, and poorer social relationships. Thank you for supporting the health and well-being of California's children.

### Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

---

Child's First and Last Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Child's Birth Date: \_\_\_\_\_

Address (include Apt. if applicable): \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

Teacher Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Year child starts kindergarten: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian First and Last Name: \_\_\_\_\_

Child's Gender:  Boy  Girl  Nonbinary

Child's Race/ Ethnicity:  Asian  Black / African American  Hispanic/ Latino  Multi-racial

Native American  Native Hawaiian/ Pacific Islander  White  Unknown

Other (please specify): \_\_\_\_\_

### Dental Home Information:

---

What is your child's dental insurance?

Health Plan of San Mateo Dental (HPSM Dental)  Kaiser Foundation Health Plan (Kaiser)

Other: \_\_\_\_\_

None

How many times a year does your child visit the dentist?  Once  Twice  More than twice

Has your child visited the **same** dentist at least once a year for the past two years in a row?  Yes  No

Dental clinic name: \_\_\_\_\_ Dental clinic city: \_\_\_\_\_

Dentist name: \_\_\_\_\_ Dentist phone number: \_\_\_\_\_

## Section 2: Oral Health Screening Assessment

**Filled out by a California licensed dental professional. 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). Every child with untreated decay automatically also has caries experience for the purposes of this assessment.

**Assessment date:** \_\_\_\_\_

**Assessment Location:** (e.g. school, dental clinic, community event): \_\_\_\_\_

**Untreated decay** (Visible decay, untreated cavities):

Yes (If "Yes," caries experience below is automatically also "Yes")  No

**Caries Experience** (Untreated decay and/or past treatment, e.g. fillings, crowns):

Yes  No

**Treatment Urgency** (check **only one** of the 3 options provided below).

\*If "Urgent care needed" is checked, complete Section 3 below. **Do not** complete Section 3 if "No obvious problem found" or "Early dental care recommended" is checked.

- 1. No obvious problem found**
- 2. Early dental care recommended** (Check all that apply).
- Caries without pain or infection
  - Child would benefit from sealants
  - Child would benefit from further evaluation
- 3. Urgent care needed\*** (Check all that apply. Then complete as much of Section 3 below as possible).
- Pain
  - Infection
  - Swelling
  - Soft tissue lesions

---

**\*Section 3: Follow up only for children with "Urgent care needed" marked under "Treatment Urgency" above.** (Dental provider fills out as much as known and signs. School staff/ other individual responsible for additional follow-up fills out rest of Section 3).

**Parent/caregiver notified child has urgent dental care needs on (date):** \_\_\_\_\_

**Follow-up appointment for child with urgent dental care needs scheduled for (date):** \_\_\_\_\_

**Child with urgent dental care needs received needed treatment** (Check **only one** of the options below).

\*If "No" or "I Don't Know," the individual responsible for follow-up is encouraged to contact the parent/caregiver to assist in getting the child to care, and to confirm the child received needed treatment.\*

- Yes
- No\*
- I Don't Know\*

---

**Licensed dental professional signature**

---

**CA License Number**

---

**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 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)

### *Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Notification Letter*

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. Los estudiantes de kindergarten de transición (TK) también pueden completar la evaluación.**

**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, visite nuestra página web aquí para obtener ayuda para encontrar un dentista: <https://www.smchealth.org/accessing-oral-health-care>. O puede llenar 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 tiene seguro médico o 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](mailto:info-hcu@mscgov.org).

Visite el sitio web: <http://www.smchealth.org/health-insurance>.



#### **Para encontrar un proveedor dental que acepte el Plan de Salud de San Mateo Dental (Health Plan of San Mateo Dental):**

Llame a la Línea Dental del Plan de Salud de San Mateo: 650-616-1522.

Correo electrónico: [Dental@hpsm.org](mailto:Dental@hpsm.org).

Visite la página web de HPSM Dental: <https://www.hpsm.org/member/hpsm-dental>



#### **Para encontrar un proveedor dental que acepte Kaiser Foundation Health Plan:**

Llame al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Dental: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922).

Visite la página web de Medi-Cal Dental (Smile, California): <https://smilecalifornia.org/find-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 están cubiertos por el seguro para niños.**

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): Condado de San Mateo

*Kindergarten Oral Health Assessment Form: San Mateo County*

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)**. Los estudiantes de kindergarten de transición (TK) también pueden completar la 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. Para encontrar un proveedor dental en el condado de San Mateo, visite: [www.smchealth.org/accessing-oral-health-care](http://www.smchealth.org/accessing-oral-health-care). 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 y Apellido del Menor** (*Child's First and Last Name*): \_\_\_\_\_

**Inicial del segundo nombre:** (*Middle Initial*): \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del menor** (*Child's Birth Date*): \_\_\_\_\_

**Nombre y Apellido del padre, madre, tutor** (*Parent/Guardian First and Last Name*): \_\_\_\_\_

**Dirección del menor** (*Child's Address*): \_\_\_\_\_

**Ciudad** (*City*): \_\_\_\_\_ **Código postal** (*Zip Code*): \_\_\_\_\_

**Género del menor** (*Child's Gender*):  Niño (*Boy*)  Niña (*Girl*)  No binario (*Nonbinary*)

**Raza/origen étnico del menor** (*Child's Race/ Ethnicity*):  Asiático (*Asian*)  Blanco (*White*)  Hispano/Latino (*Hispanic/Latino*)

Indígena estadounidense (*Native American*)  Multirracial (*Multi-racial*)  Negro/Afroestadounidense (*Black / African American*)

Nativo de Hawái/islas del Pacífico (*Native Hawaiian / Pacific Islander*)

Desconocido (*Unknown*)  Otro (especifique) *Other (please specify)*: \_\_\_\_\_

**Nombre de la escuela** (*School Name*): \_\_\_\_\_

**Nombre del maestro** (*Teacher Name*): \_\_\_\_\_ **Grado** (*Grade*): \_\_\_\_\_

**Año en el que el menor empieza el kínder** (*Year child starts kindergarten*): \_\_\_\_\_

### **Información del hogar dental** (*Dental Home Information*):

¿Cuál es el seguro dental de su hijo? (*What is your child's dental insurance?*)

Plan de Salud Dental de San Mateo (*HPSM Dental*)  Plan de Salud de la Fundación Kaiser (*Kaiser Foundation Health Plan*)

Otro (*Other*): \_\_\_\_\_  Ninguno (*None*)

¿Cuántas veces al año visita su hijo al dentista? (*How many times a year does your child visit the dentist?*)

Una vez (*Once*)  Dos veces (*Twice*)  Mas de dos veces (*More than twice*)

¿Ha visitado su hijo al mismo dentista al menos una vez al año durante los últimos dos años seguidos? (*Has your child visited the same dentist at least once a year for the past two years in a row?*)  Sí (*Yes*)  No

**Nombre de la clínica dental** (*Dental clinic name*): \_\_\_\_\_

**Ciudad de la clínica dental** (*Dental clinic city*): \_\_\_\_\_

**Nombre del dentista** (*Dentist name*): \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del dentista** (*Dentist phone number*): \_\_\_\_\_

## 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). **IMPORTANT NOTE FOR DENTAL PROVIDERS:** Caries experience is both past treatment (e.g., fillings, crowns) and /or untreated decay at the present time (e.g., untreated cavities). Every child with untreated decay automatically also has caries experience for the purposes of this assessment.

Fecha de la evaluación (Assessment date): \_\_\_\_\_

Ubicación de evaluación (Assessment location, e.g. school, dental clinic, community event): \_\_\_\_\_

Caries sin tratar (deterioro visible presente) (Untreated decay: Visible decay, untreated cavities):

Sí (Yes- if "Yes," caries experience below is automatically also "Yes")  No

Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes) (Caries Experience: Untreated decay and/or past treatment, e.g. fillings, crowns):

Sí (Yes)  No

Urgencia del tratamiento (Treatment Urgency: check **only one** of the 3 options provided. \*If "Urgent care needed" is checked, complete Section 3 below. **Do not** complete Section 3 if "No obvious problem found" or "Early dental care recommended" is checked).

1. No se encontró ningún problema obvio (No obvious problem found)
2. Se recomienda atención dental temprana (Early dental care recommended. Check all that apply):
- Caries sin dolor ni infección (Caries without pain or infection)
  - Al niño le beneficiaría el uso de selladores (Child would benefit from sealants)
  - Al niño le beneficiaría una evaluación adicional (Child would benefit from further evaluation)
3. Atención de urgencia necesaria\* (\*Urgent care needed. Check all that apply. Then complete as much of Section 3 below as possible.)
- Dolor (Pain)
  - Infección (Infection)
  - Hinchazón (Swelling)
  - Lesiones en el tejido suave (Soft tissue lesions)

---

**\*Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia- Solo para los niños con "Atención de urgencia necesaria" marcado en "Urgencia del tratamiento" arriba.** (\*Section 3: Follow up **only** for children with "Urgent care needed" marked under "Treatment Urgency" above. Dental provider fills out as much as known and signs. School staff/ other individual responsible for additional follow-up fills out rest of Section 3).

Se notificó a los padres que el menor tiene necesidades urgentes de atención dental el (fecha): \_\_\_\_\_  
(Parent/caregiver notified child has urgent dental care needs on (date))

Se programó una cita de seguimiento para este menor para el (fecha): \_\_\_\_\_  
(Follow-up appointment for child with urgent dental care needs scheduled for (date))

El menor recibió el tratamiento necesario: (Child with urgent dental care needs received needed treatment. Check **only one** of the options below. \*If "No" or "I Don't Know," the individual responsible for follow-up is encouraged to contact the parent/caregiver to assist in getting the child to care, and to confirm the child received needed treatment):\*

- Sí (Yes)  
 No\*  
 No lo sé\* (I Don't Know)

---

**Firma de profesional dental autorizado**  
Licensed dental professional signature

---

**Número de licencia de CA**  
CA License Number

---

**Fecha**  
Date

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.**

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.**