



# Prueba de Salud Oral para Estudiantes de Kinder y Tercer Grado en Rhode Island

Septiembre 2019

La escuela de su niño ha sido elegida para ser parte de una prueba del Departamento de Salud de Rhode Island: ¡Prueba Básica del Programa de Salud Oral! El propósito de esta prueba es obtener información acerca de las necesidades de servicios de salud oral en los niños en todo RI. Esta prueba será realizada al mismo tiempo que entre en efecto el mandato Estatal de pruebas dentales en la escuela.

Si usted decide permitir que su niño participe, un dentista o higienista dental certificado/licenciado y contratado a través de la escuela, quien se conoce como "Dentista Escolar", le revisará la boca a su niño, usando un espejo para la boca y guantes desechables en cada niño. Además del espejo para la boca, no se usará ningún otro instrumento. Los resultados de las pruebas de salud oral se mantendrán confidenciales, no se usarán nombres, y se enviarán al programa de Salud Oral del Departamento de Salud de RI (RIDOH por sus siglas en inglés). Los resultados ayudarán al personal de Salud Oral a proveer programas a los niños de RI para que tengan dientes y encías más saludables. A usted se le informará si su niño necesita atención inmediata.

Para poder obtener un reporte correcto, nosotros esperamos que todos los niños de kinder y tercer grado participen en la prueba de salud oral, aunque ellos visiten un dentista regularmente. Sin embargo, esta prueba no reemplazaría el examen dental regular realizado por su dentista.

Una boca y cuerpo saludables hacen a un niño más feliz y listo para aprender nuevas cosas en la escuela. Por favor llame a la enfermera de la escuela de su niño si tiene alguna pregunta o para más información contacte el programa de Salud Oral en el Departamento de Salud en [RIDOH.OralHealth@health.ri.gov](mailto:RIDOH.OralHealth@health.ri.gov) o llame a la Línea de Información al 401-222-5960 / RI Relay 711. ¡Gracias por su cooperación!  
Los niños que participen recibirán un cepillo dental **GRATIS**.



---

Por favor regrese esta hoja mañana al maestro/a de su niño, **solo si a su niño no se le hará la prueba.**

Yo **NO** deseo que mi niño participe en la Prueba de Salud Oral. Al no seleccionar esta opción, incluso con su firma, usted esta aceptando que se le realice la prueba a su niño.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Salón/Maestro/a: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_