

“MI Head Start Smiles” 2022

Estimados padres, madres o tutores de Head Start:

El alumno del programa Head Start ha sido elegido para participar en la evaluación estatal de la salud oral del departamento de salud para los estudiantes de Head Start llamada "**MI Head Start Smiles**". Este programa está patrocinado por la Unidad de Salud Oral del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS, por sus siglas en inglés) y respaldado por el Departamento de Educación de Michigan.

Un higienista dental realizará un examen dental gratuito de los dientes del alumno y contará el número de dientes y comprobará si existen problemas odontológicos. No se tomarán radiografías y no se realizará ningún tratamiento dental. ***Esta evaluación no sustituye a las revisiones dentales periódicas ni a otros programas dentales en el centro de Head Start. Se enviará a casa una carta que le informará sobre la salud de los dientes del alumno.***

Si desea que el alumno participe en el examen dental, no es necesario que devuelva este formulario.

Tenga la certeza de que el higienista dental seguirá todas las pautas de control de infecciones establecidas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). No se compartirá ninguna información de identificación con el MDHHS tras la evaluación del alumno.

Gracias por ayudarnos a aprender a mejorar la salud dental de los niños de Michigan. Si tiene alguna pregunta sobre el examen “MI Head Start Smiles”, póngase en contacto con MDHHS a través de oralhealth@michigan.gov

Para leer este documento en español, visite Michigan.gov/OralHealth y desplácese hacia abajo hasta “Translated School Screening Documents”.

Para leer este documento en árabe, visite Michigan.gov/OralHealth y desplácese hacia abajo hasta “Translated School Screening Documents”.

Para leer este documento en bengalí, visite: Michigan.gov/OralHealth y desplácese hacia abajo hasta “Translated School Screening Documents”.



Si no desea que el alumno se someta a un examen dental, marque la casilla NO, firme y devuélvala al maestro del alumno mañana o lo antes posible.

Nombre completo del alumno:

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

NO, no quiero que el alumno reciba una examen dental

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Nombre del maestro: _____ **Clase:** _____