

## “Count Your Smiles” (Cuenta sus sonrisas) 2022

Estimado padre, madre o tutor:

La clase de tercer grado de su alumno ha sido elegida para participar en la evaluación estatal del departamento de salud sobre salud bucal de los alumnos de tercer grado “Count Your Smiles”(Cuenta sus sonrisas). 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).

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 escolar de su hijo. 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 “Count Your Smiles”, póngase en contacto con MDHHS a través de [oralhealth@michigan.gov](mailto:oralhealth@michigan.gov) <mailto:oralhealth@michigan.gov>

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

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

Para leer este documento en bengalí, visite [Michigan.gov/OralHealth](http://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 devuelva el documento 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: \_\_\_\_\_