

Querido Padre/Guardián:

La escuela de su hijo(a) ha sido seleccionada para participar en la *Encuesta de Sonrisa* del departamento de salud estatal con enfoque en los estudiantes del tercer grado. El proposito de la *Encuesta de Sonrisa* es obtener información acerca de los elementos necesarios para la salud dental de los niños a lo largo de Pensilvania. Esto nos dejara crear un plan de mejoría de el cuidado dental para todos los niños de Pensilvania.

Si usted elije que su hijo(a) participe, un dentista o higienista dental completara un “chequeo de sonrisa” de un minuto usando solamente un espejo de boca plastico. Guantes dentales seran usados, y usaremos un espejo desechable nuevo para cada niño. Los resultados del examen de su hijo(a) seran confidenciales y su hijo(a) no sera nombrado(a) en ningun reporte de la *Encuesta de Sonrisa*. Este examen no es relacionado con los exámenes que son requeridos en Pensilvania en los grados K, 1, 3 y 7.

En apreciación, su hijo(a) recibira un cepillo de dientes. Además mandaremos una carta a la casa avisandole si encontramos algun problema dental. Este examen no remplaza el examen regular dental de su dentista de familia. Al obtener la encuesta de todos los estudiantes en el tercer grado de las escuelas seleccionadas, tendremos un entendimiento mejor acerca de los elementos necesarios para la salud dental de los niños a lo largo de Pensilvania.

Si usted no desea que su hijo(a) complete este “chequeo de sonrisa”, por favor marque la caja de NO en la seccion baja de este formulario y devuelva este formulario al profesor de su hijo(a) mañana. Si usted quiere que su hijo(a) complete este “chequeo de sonrisa” no necesita devolver este formulario.

Como usted sabe, una boca sana es parte de la salud y bienestar total y asegura que un niño este mas listo para aprender. Al dejar que su hijo(a) participe en este examen, usted ayudara a contribuir nueva información que puede beneficiar a todos los niños de Pensilvania. Si tiene preguntas acerca de la *Encuesta de Sonrisa*, por favor contacte a PA Coalition for Oral Health al (717) 340-4004 o por correo electrónico a info@paoralhealth.org.

www.paoralhealth.org/smile-survey



Encuesta de Sonrisa

Si usted no quiere que su hijo(a) participe en el examen dental, por favor marque NO en la caja, firme y devuelva este formulario al profesor de su hijo(a) mañana.

Nombre de Niño(a): _____

Nombre de profesor: _____

_____ NO, no quiero que mi hijo(a) reciba un examen dental

Firma de Padre/ Guardián

Fecha