

MEMBERS OF THE BOARD
JACKIE GOLDBERG, PRESIDENT
KELLY GONEZ
DR. GEORGE J. MCKENNA III
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DR. ROCÍO RIVAS
SCOTT M. SCHMERELSON



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRATIVE OFFICES
 333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
 Los Angeles, California 90017
 Telephone: (213) 241-7000 | Fax: (213) 241-8442
ALBERTO M. CARVALHO
 Superintendent

LAUSD Dental Services Opt-out

Dear Parent/Legal Guardian/Educational Rights Holder (Parent) of a LAUSD student enrolled in **Kindergarten or Grade 1**:

Your child's school may have the opportunity to host a free on-site **DENTAL HEALTH SCREENING** for students in Kindergarten or Grade 1 by a licensed dental professional or registered dental health professional. The purpose of this screening event is to identify your child's dental needs, connect to care, and eliminate health barriers to learning. If your child is screened and found to have an urgent problem, your child will be sent home with a letter. If you receive a letter, it is important that you take your child to a dental provider for an evaluation.

Participating in a school dental screening has many benefits:

- ✓ You do not need to take time off from work.
- ✓ No missed workdays for you or missed school days for your child(ren).
- ✓ **FREE** dental assessment by a licensed dental professional.
- ✓ No instruments are used during screening. Just a quick look at your child's teeth.
- ✓ **FREE** referral to a dental professional, if needed.

For more information about these free dental screening events, please scan this QR code:
 or visit: <http://achieve.lausd.net/dentalscreening>



If you *want* your child to participate in the dental health screening, **NO FURTHER ACTION IS NEEDED.** Your child's name, date of birth, grade, school name, and your name, phone number, and address will automatically be shared with the health professional(s) conducting the screening.

If you ***DO NOT*** want your child to participate in the dental health screening, please complete the bottom portion of this letter and return it to your child's school **by the second week of September**. Forms received *after* this deadline may result in screenings being rendered.

*Only complete and sign the Form directly below this line if you **do not** want your child to receive a dental health screening.*

Student's Name: _____ DOB: _____

☐ I **DO NOT** wish to have my child participate in the school's free on-site dental screening.

 *Parent Signature

 Date

For students experiencing homelessness, under California law, families must opt in to share information. If you would like your child to participate, you can authorize LAUSD to share information with the licensed healthcare professional by completing the info below and sending a copy of this form to your child's school **no later than the first week of September.*

 *Print Parent Name

 *Parent Signature

 Date

 *Print Student Name and birthdate (mo./day/year)

 Name of School

For Office Use Only To input information into MiSiS -> Miscellaneous tab -> Health Screening->Scroll Middle of Page- External Partner Dental (select from drop down menu)-Opt-in

MIEMBROS DE LA JUNTA DE EDUCACIÓN
JACKIE GOLDBERG, PRESIDENTA
KELLY GONEZ
DR. GEORGE J. MCKENNA III
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DRA. ROCÍO RIVAS
SCOTT M. SCHMERELSON



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
OFICINAS ADMINISTRATIVAS
333 South Beaudry Avenue, Piso 24
Los Ángeles, California 90017
Tel. (213) 241-7000 | Fax: (213) 241-8442
ALBERTO M. CARVALHO
Superintendente

LAUSD Optar Por NO Recibir Servicios Dentales

Estimado Padre/Tutor legal/Titular de los derechos educativos (Padre) de un estudiante de LAUSD inscrito en **Kindergarten o 1º Grado**:

La escuela de su hijo/a posiblemente reciba la oportunidad de organizar un **CHEQUEO DE SALUD DENTAL** gratuito en sus instalaciones para los estudiantes de preescolar o primer grado, a cargo de un profesional dental autorizado o un profesional de la salud dental titulado. El propósito de este evento de chequeo consiste en identificar las necesidades dentales de su hijo/a, conectarlo con la atención correspondiente, y eliminar las barreras de salud para el aprendizaje. Si se realiza el chequeo para su hijo/a y se observa que tiene un problema dental urgente, se le enviará una carta a su hogar por medio de su estudiante. Si recibe una carta, es importante que lleve a su hijo/a a un dentista o profesional de atención dental para una evaluación.

Participar en un chequeo en la escuela trae muchos beneficios:

- ✓ No es necesario que se tome tiempo libre del trabajo.
- ✓ Usted no tendrá que faltar al trabajo ni sus hijos a clase.
- ✓ El examen dental **GRATUITO** se realiza a cargo de un profesional dental con licencia.
- ✓ No se utilizan instrumentos durante el chequeo. Solamente se examinan brevemente los dientes del estudiante.
- ✓ Derivación **GRATUITA** a un profesional dental, si es necesario.

DENTAL



Para más información sobre estos eventos gratuitos de chequeos dentales, favor de escanear este código QR:

o visite: <http://achieve.lausd.net/dentalscreening>

Si desea que su hijo/a participe en el chequeo de salud dental, **NO es necesario que haga nada más**. El nombre de su hijo/a, la fecha de nacimiento, grado, nombre de su escuela y su nombre, número de teléfono y dirección se compartirán automáticamente con el profesional o profesionales de la salud que realicen el chequeo.

Si usted ***NO*** desea que su hijo/a participe en el chequeo de salud dental, por favor complete la parte inferior de esta carta y entréguela en la escuela de su hijo/a **a más tardar la segunda semana de septiembre**. Los formularios que se reciban **después** de plazo podrán dar lugar a que se realicen los chequeos. **Sólo complete y firme el formulario directamente debajo de esta línea si no desea que su hijo reciba un chequeo de salud dental.**

Nombre del estudiante: _____ fecha de nacimiento: _____

☐ **NO** deseo que mi hijo/a participe en el chequeo dental gratuito en el plantel.

*Firma del padre de familia

Fecha

***Para los estudiantes en situación sin hogar**, según la ley de California, las familias deben **autorizar** que se proporcione la información. Si desea que su hijo participe, puede autorizar que LAUSD comparta la información con el profesional de atención médica autorizado completando la información a continuación y enviando una copia de este formulario a la escuela de su hijo **a más tardar de la primera Semana de septiembre**.

*Nombre del padre de familia con letra de molde:

*Firma del padre de familia

Fecha

*Escriba con letra de molde el nombre del estudiante
y la fecha de nacimiento (mes/día/año)

Nombre de la escuela