

**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

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

La escuela de su hijo(a) posiblemente reciba la oportunidad de ofrecer un **EXAMEN DENTAL** gratuito en sus instalaciones para los estudiantes de preescolar o primer grado, a cargo de un profesional de odontología con licencia o un profesional de salud dental acreditado. El propósito de estos eventos de chequeos consiste en identificar las necesidades de salud dental de su hijo(a), conectarlos con la atención correspondiente, y eliminar las barreras de salud para el aprendizaje. Si el examen de su hijo(a) se lleva a cabo y se observa que tiene un problema de salud 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 tome tiempo libre de su trabajo.
- ✓ Usted no tendrá que faltar al trabajo ni sus hijos a clase.
- ✓ El examen dental **GRATUITO** se realiza a cargo de un profesional de odontología con licencia.
- ✓ No se utilizan instrumentos durante el examen.
- ✓ Derivación **GRATUITA** a un profesional de odontología, si es necesario.



Para más información sobre estos eventos de exámenes dentales gratis, favor de escanear este código QR: o visite: <http://achieve.lausd.net/dentalscreening>.

Si desea que su hijo(a) participe en el examen 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 los profesionales de la salud que realicen el chequeo.

Si usted **\*NO\*** desea que su hijo(a) participe en el examen dental, por favor complete la parte inferior de esta carta y entréguela en la escuela de su hijo(a) **a más tardar el viernes 13 de septiembre 2024**. Los formularios que se reciban **después** de plazo establecido podrán dar lugar a que se le proporcionen los servicios.

Sólo complete y firme el formulario directamente debajo de esta línea si **no desea** que su hijo(a) reciba un examen dental.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**NO** deseo que mi hijo(a) participe en el examen dental gratuito en la escuela.

\_\_\_\_\_  
\*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(a) participe, puede autorizar que LAUSD comparta la información con el profesional de atención médica con licencia completando la información a continuación y enviando una copia de este formulario a la escuela de su hijo(a) **a más tardar el viernes 13 de septiembre 2024**.

\_\_\_\_\_  
\*Nombre del padre de familia en letra de molde:

\_\_\_\_\_  
\*Firma del padre de familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela