**On-Site KOHA Screening Results Letter (Spanish)**

(For parents and caregivers)

[Insert organizational name/ logo here]

Carta de resultados de la evaluación de salud dental: PLANTILLA

Nombre completo del niño: Fecha:

Estimado padre, madre o tutor:

A su hijo se le realizó una evaluación dental en [insert school name], la cual fue realizada por dentistas profesionales de [insert organization] el [x date]. No se tomaron radiografías y no se le dio ningún tratamiento. La evaluación no sustituye las revisiones de su dentista familiar en el consultorio.

Los resultados de la evaluación indican:

\_\_\_\_\_ Que su hijo no tiene problemas dentales evidentes, pero debe seguir acudiendo con el dentista familiar para las revisiones de rutina cada 6 meses.

\_\_\_\_\_ Que su hijo tiene un diente o dientes que debe revisar su dentista de familia. Su dentista determinará si se necesita tratamiento.

\_\_\_\_\_ Que su hijo tiene un diente o dientes que parecen necesitar atención inmediata. Comuníquese con su dentista familiar lo antes posible para una evaluación completa.

Si su hijo necesita atención dental de emergencia y no cuenta con un dentista o seguro dental, [Include your organization’s hours and days for emergency dental care if applicable in addition to the ones listed here]

Encuentre un proveedor dental de Medi-Cal aquí:

[OPTIONAL: Insert county-specific information about how to access dental care]

[OPTIONAL: If your organization will be coming back to the school to provide this student with sealants, fluoride varnish, or other preventive services, information about that and the active consent form can be inserted here or somewhere else in this screening results letter]