



¿Necesita cobertura temporal para su hijo de inmediato?

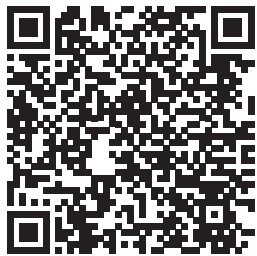
Children's Presumptive Eligibility (CPE, por sus siglas en inglés) es una cobertura temporal aprobada durante una visita médica para los servicios que su hijo necesite de inmediato

Sólo ciertos proveedores pueden verificar si su hijo califica para la cobertura completa de Medi-Cal a corto plazo a través de CPE. Si se aprueba, la visita de su hijo puede estar cubierta mientras usted solicita una cobertura de salud continua.

¡Actúe! La cobertura CPE de su hijo es temporal, ¡y usted deberá solicitar una cobertura de salud continua!

¿Dónde puedo encontrar un proveedor que participe en CPE?

¡Visite nuestro sitio web y consulte la "Lista de proveedores calificados aprobados por CPE" para encontrar un proveedor que participe hoy!



Escanee el código QR o visite bit.ly/ChildrensPresumptiveEligibility



Solicite o actualice su solicitud en Covered California.

Para solicitar cobertura continua:

Vaya a <https://www.coveredca.com/>

Llame a Covered California al (800) 300-1506 (TTY: (888) 889-4500)

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD**EXAMEN DE SALUD**

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)**RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- ☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- ☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

What is a Child's Dental Home?

It is a place to take your child for regular dental visits.

Why Does Your Child Need a Dental Home?

- ♦ To help build a lifetime of healthy dental habits and good oral health.
- ♦ To find dental problems early before they hurt.
- ♦ To have a place where the dental staff knows your child's special needs and has a record of care.
- ♦ To receive sealants, fluoride, and tips to prevent tooth decay.
- ♦ To know where to call when there's a dental emergency.

When Should You Find a Dental Home for Your Child?

By the 1st birthday is best, but it's never too early or too late to find a dental home.

Every Child Needs a Dental Home
Todos los Niños Necesitan un Hogar Dental



For help finding a dental home, go to
[https://www.smilenevadacounty.com/
find-care](https://www.smilenevadacounty.com/find-care)



¿Qué es un Hogar Dental Para su Niño(a)?

Es un lugar donde puede llevar a sus niño(a) regularmente a sus visitas dentales.

¿Por qué su Niño(a) Necesita un Hogar Dental?

- ♦ Para desarrollar hábitos dentales saludables y buena salud oral de por vida.
- ♦ Para detectar a tiempo problemas dentales antes de que causen dolor.
- ♦ Para tener un lugar donde el personal dental conozca a su niño(a) y tenga su historial de los cuidados recibidos.
- ♦ Para recibir sellantes, fluoruro, y consejos para prevenir caries en los dientes.
- ♦ Para saber adónde llamar en caso de una emergencia dental.

¿Cuándo Debería Encontrar un Hogar Dental para su Niño(a)?

Sería ideal para su primer año de vida, pero nunca es muy temprano o muy tarde para encontrarle un hogar dental.

Medi-Cal cubre sus servicios dentales

Los chequeos dentales regulares son importantes para su salud en general. Medi-Cal cubre servicios dentales **GRATIS** para todas las edades. Consulte esta tabla para obtener detalles sobre los servicios cubiertos.

SERVICIOS	BEBÉS	NIÑOS	ADOLESCENTES	EMBARAZO	ADULTOS Y PERSONAS MAYORES
Exámenes*, radiografías, limpieza dental, y barniz de fluoruro	✓	✓	✓	✓	✓
Empastes y extracción de dientes	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios de emergencia	✓	✓	✓	✓	✓
Sedación	✓	✓	✓		✓
Selladores de muelas**		✓	✓		
Tratamientos de conducto radicular		✓	✓	✓	✓
Ortodoncias (frenillos)***			✓		
Coronas			✓	✓	✓
Dentaduras postizas parciales y completas y rebase de dentadura postiza			✓	✓	✓
Escalamiento y cepillado de la raíz			✓	✓	✓

*Chequeos gratis cada seis meses, y a veces más, para miembros menores de 21 años, y cada 12 meses para miembros de 21 años en adelante.

**Los selladores de muelas permanentes están cubiertos para niños y adolescentes hasta los 21 años.

***Para las personas que califiquen.

Bebés

Lleve a su hijo al dentista cuando le salga el primer diente o cuando cumpla su primer año. Los dientes de leche son fundamentales para comer, hablar y sonreír.

Niños

Alrededor de los cinco años, los niños comienzan a perder los dientes de leche. Pregúntele a su dentista sobre los selladores de muelas, cubiertos por Medi-Cal, para prevenir las caries.

Adolescentes

Los alimentos azucarados aumentan el riesgo de enfermedades de las encías y caries en los adolescentes. Los chequeos dentales regulares mantienen sus sonrisas saludables.

Embarazo

El cuidado dental es seguro y recomendado durante el embarazo. Medi-Cal cubre las visitas al dentista durante el embarazo y los 12 meses después del parto.

Adultos y personas mayores

Las visitas regulares al dentista mantienen los dientes fuertes y reducen el riesgo de enfermedades de las encías. Medi-Cal cubre el cuidado dental completo para adultos mayores de 21 años.

Cuidadores

Ayude a su ser querido a mantener una buena salud bucal mediante el cuidado diario y las visitas regulares al dentista. ¡No olvide cuidar también su propia sonrisa!



Medi-Cal Dental



Escanee el código QR o visite **SonríeCalifornia.org** para más información sobre los servicios dentales gratis y para encontrar un dentista de Medi-Cal hoy mismo. O llame al **1-800-322-6384** si necesita ayuda.



**NEVADA
COUNTY**
CALIFORNIA

**Public
Health**

Salud Pública del Condado de Nevada

Nos importa 



Programa de salud bucal

500 Crown Point Cir, Ste 110

Grass Valley, CA 95959

Teléfono: 530-802-3194

Financiado por contrato CDPH #17-10710

Programa de salud oral escolar para escuelas del Condado de Nevada

Para ser completado por el padre/tutor si desea que su hijo participe. Este formulario también otorga permiso para que su hijo reciba una evaluación de salud bucal de jardín de infantes en la escuela, si actualmente no tiene una de un profesional dental.

Nombre del niño:	Apellido:	MI:	Fecha de nacimiento del niño/a: MM / DD / AAAA
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Grado:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre/tutor:	Raza/etnia del niño: ☐ Blanco ☐ Hispánico/Latino ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Multirracial ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Nativo americano ☐ Otro ☐ Desconocido		Año en que el niño inicia/inició el kínder (si no está en 1 ^{er} grado): AAAA o N/A
Teléfono:	Correo electrónico:		

☐ **Por favor proporcione un examen dental para mi hijo /a junto con recomendaciones para servicios preventivos incluyendo limpiezas, barniz de fluoruro y selladores. Este examen es gratuito y está siendo realizado por el Programa de Salud Oral del Condado de Nevada para ayudar a prevenir las caries dentales entre los niños de edad escolar.**

Dentista regular del niño, _____, **o si no tiene dentista regular, marque aquí** _____.

NO SE REQUIERE UN PAGO para este servicio.

Por favor indique lo siguiente:

- ☐ **Medi-Cal:** Los niños con Medi-Cal pueden tener la opción de recibir servicios preventivos en el sitio escolar.
- ☐ **Otro seguro/Describir** _____ ☐ Pagado por uno o ☐ Pagado por el empleador
- ☐ **Sin seguro dental**
- ☐ **Uso de material fotográfico:** Autorizo al Departamento de Salud Pública y al Programa de Salud Oral de usar la fotografía de mi hijo/a en publicaciones oficiales de compromiso con la comunidad y mostrarla sin compensación para mi hijo/a o para mí.

Doy permiso a que mi hijo/a reciba servicios dentales básicos en la escuela mediante el Programa de Salud Oral del Condado de Nevada y sus afiliados, y que conlleva una evaluación completa en un consultorio dental. Comprendo que recibir este chequeo dental no establece ninguna relación doctor-paciente nueva, en curso o continua. Comprendo que el Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada cumple con la HIPPA, y todos los registros son conservados con confidencialidad. Autorizo el recoger y compartir información entre el Programa de Salud Oral del Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada, sus afiliados, personal escolar, el dentista de mi hijo/a y el seguro. He leído y entiendo este formulario; también entiendo que este permiso puede incluir visitas de seguimiento durante el año escolar.

Padre/tutor: _____
(Nombre) (Firma) (Fecha)

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio nativo americano ☐ Multirracial ☐ Otro _____ ☐ Nativo de Hawaii/islas del Pacífico ☐ Desconocido _____		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: <i>[Assessment Date:]</i>	Incidencia de caries <i>[Caries Experience]</i> (Caries visibles y/o empastes presentes) <i>(Visible decay and/or fillings present)</i> ☐ Sí <i>[Yes]</i> ☐ No <i>[No]</i>	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i> ☐ Sí <i>[Yes]</i> ☐ No <i>[No]</i>	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i> ☐ Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> Firma del profesional de salud dental matriculado <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i> </div> <div> Número de matrícula de CA <i>CA License Number</i> </div> <div> Fecha <i>Date]</i> </div> </div>			

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- ☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

- ☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno
- ☐ No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- ☐ No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

Vacunas requeridas para el ingreso a la escuela



Por favor traiga el registro de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela.

Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en:

mydvr.cdph.ca.gov. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**

Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después.

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después.

☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después. Las dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV) administradas a partir del 1 de abril de 2016 no cuentan.

☐ **Hepatitis B—3 dosis**

☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**

Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después.

☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**

Para estudiantes de 7º a 12º grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7º grado.

Los alumnos que ingresan al 7º grado necesitan:

☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la **hepatitis A**, la **vacuna contra el COVID-19** y la **vacuna anual contra la influenza (gripe)**. Los preadolescentes y adolescentes también necesitan **las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH)** para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y **las vacunas contra la enfermedad meningocócica**. Obtenga más información [sobre las vacunas que su hijo necesita](#) y [dónde vacunarse](#) en GetImmunizedCA.org.

¿ESTA SU HIJO A RIESGO DE ENVENENAMIENTO POR PLOMO?

REVISE SI HAY PLOMO ALREDEDOR Y ADENTRO DE SU CASA



- **Pintura:** Alejar las cosas de su hijo de la pintura descascarada y reparela.
- **Polvo de la casa:** Limpiar con toallas húmedas o trapee para remover el polvo y tierra. No deje que su hijo muerda los travesaños de las ventanas, persianas u otras superficies.
- **Tierra descubierta:** Cubra la tierra exterior, donde juega su hijo.
- **Persianas de vinilo:** Reemplazar mini persianas de vinilo viejas y no deje que su hijo las muerda.



- **Materiales de plomería:** Es más probable que la agua de la llave contenga plomo si los materiales de plomería, incluyendo la soldadura o líneas de servicio contienen plomo. Para reducir el riesgo potencial del agua de la llave dejela correr hasta que este fría y sólo use el agua fría para cocinar, beber o mezclar fórmula para bebés (si se utiliza).
- **Agua de los pozos:** La única manera de saber si el agua contiene plomo es a través de una prueba.

Aprenda mas sobre analisis de agua: www.epa.gov/lead/protect-your-family-exposures-lead#testdw



- **Platos, Ollas y vasijas de barro de agua:** Evitar el uso de platos, ollas o vasijas de barro que estén usados o sean antiguos especialmente si fueron comprados en un mercado o tienda de descuento, son hechos de cristal o a mano o fuera de los EE.UU. a menos que hayan sido examinados y no contengan plomo.



- **Alimentos y especias:** Evitar los alimentos importados y especias de colores brillantes que podrían contener plomo, como chapulines y la cúrcuma.
- **Dulces:** Evitar retirados del mercado: www.cdph.ca.gov/Programs/CEH/DFDCS/Pages/FDBPrograms/FoodSafetyProgram/LeadInCandy.aspx



- **Maquillaje y remedios tradicionales:** Muchas veces estos productos contienen plomo: surma, azarcón, greta y pay-loo-ah. Hable con su médico antes de usar estos o otrosmaquillajes o remedios tradicionales (por ejemplo, remedios Chinos tradicionales o ayurvédicos).



- **Juguetes:** Revisar juguetes para ver que no hay pintura descascarada y lavar con frecuencia. Juguetes viejos o de vinilo son más propensos a tener plomo. Evite juguetes ya no disponibles en la tienda: www.cpsc.gov
- **Joyas:** No deje que su hijo chupe o juegue con las jollas.
Aprenda mas: <https://dtsc.ca.gov/toxics-in-products/lead-in-jewelry/>



- **Plomadas de pesca y balas de plomo:** No deje que su hijo toque plomadas de plomo o balas plomo.
- **Soldadura de plomo:** Mantener a su hijo alejado de las actividades que utilizan la soldadura de plomo, como soldadura o vidrios de colores o la fabricación de joyas.



- **Evite llevar plomo a casa:** Evite llevar plomo a la casa de su trabajo o pasatiempos. Si usted trabaja con plomo, cambie su ropa de trabajo y los zapatos y lávese antes de entrar en su coche o ir a casa.
- **Reparaciones y proyectos en el hogar:** No raspe la pintura en su casa a menos que usted sabe que su pintura no contiene plomo.

Para mas información, visite www.cdph.ca.gov/programs/clppb o comuníquese con:



Chie Newsom, RN, PHN - CLPPP Coordinator
Nevada County Public Health Department
Childhood Lead Poisoning Prevention Program

T: 530-470-2502

F: 530-271-0836

Chie.Newsom@nevadacounty.gov
www.nevadacountyca.gov/lead

Prueba de Plomo para Su Hijo en el Condado de Nevada

El envenenamiento por plomo puede dificultar que su hijo aprenda, preste atención o se comporte y puede causar problemas de salud a largo plazo. Es posible que los niños no se vean ni actúen enfermos, por eso hacer que su hijo se haga una prueba de plomo es la única manera de saber si su hijo tiene envenenamiento por plomo.

EL PLOMO ESTÁ A NUESTRO ALREDEDOR

- El plomo puede estar: En la *pintura* dentro y fuera de las casas antiguas.
- En la *tierra* de su patio, especialmente si vive cerca de una carretera muy transitada o de un aeropuerto.
- En *artículos del hogar* como platos, cerámica, joyas y especias.
- *Trabajos y pasatiempos* como construcción, pintura, caza y campos de tiro, pesca y fabricación de vidrieras.



ES MUY IMPORTANTE HACERSE UNA PRUEBA DE PLOMO EN LA SANGRE

Se requiere una prueba de plomo en la sangre a los uno y dos años de edad si su hijo:

- Está en un programa como Medi-Cal, WIC o Head Start.
- Vive o pasa mucho tiempo en un lugar construido antes de 1978 que tiene pintura pelada o astillada o que ha sido remodelado recientemente.

Si estos no se aplican, pregunte al médico de su hijo sobre su riesgo de exposición al plomo. Una prueba de plomo en la sangre es gratuita para los niños inscritos en los programas enumerados anteriormente, y las compañías de seguros de salud también pagarán por la prueba.



Para obtener más información sobre Medi-Cal y otras opciones de seguro médico, comuníquese con:

- Medi-Cal
- Covered California | 800.300.1506
- Servicios Sociales del Condado de Nevada | 530.265.1340

Es posible que su proveedor de atención médica pueda hacerle la prueba a su hijo en la clínica o le dirá a qué laboratorios puede acudir para hacerse la prueba.

En el Condado de Nevada, es posible que haya opciones sin¹ costo y de bajo costo disponibles en algunas clínicas y centros de salud en su comunidad, incluyendo:

- **Chapa-De Indian Health** | 1350 East Main Street, Grass Valley, CA 95945 | 530.477.8545 | Monday - Friday 8am - 5pm
- **Sierra Care Physicians** | 140 Litton Drive, Suite 100, Grass Valley, CA 95945 | 530.272.9780 | Monday - Friday 8am - 5pm
- **Tahoe Forest Hospital MultiSpecialty Clinic, Pediatrics** | 10956 Donner Pass Road, Ste 310, Truckee, CA 96161 | 530.587.3523 | Monday - Friday 8am - 5pm, Saturday 9am - 5pm
- **Western Sierra Medical Clinic** | 844 Old Tunnel Road, Grass Valley, CA 95945 | 530.274.9762 | Monday - Friday 8am - 5pm



¿QUÉ PASA DESPUÉS DE QUE MI HIJO SE HACE LA PRUEBA?

- Hable con su médico sobre la prueba. Según el resultado, el médico de su hijo puede ordenar pruebas adicionales. Las pruebas de seguimiento de plomo en la sangre deben ser venosas.
- Si hay demasiado plomo en la sangre de su hijo, el departamento de salud local se comunicará con usted **para ayudar a que su hijo esté sano**. Una enfermera u otro profesional de plomo puede visitar su casa **para encontrar dónde está el plomo**.
- Estos servicios **son gratuitos**.



Para mas informacion, comuníquese con:
Programa de Prevención del Envenenamiento por
Plomo Infantil del Condado de Nevada |
530.470.2502
o visite
www.cdph.ca.gov/programs/clppb

¹ La mención de estas clínicas no implica que el CDPH respalde sus servicios. Puede haber otras clínicas que ofrezcan dichos servicios.



Public Health

Salud Pública del Condado de Nevada



Haciendo Una Prueba De Plomo A Su Hijo



EL PLOMO ES PERJUDICIAL

El envenenamiento por plomo puede dificultar que su hijo aprenda, preste atención o se comporte y puede causar problemas de salud a largo plazo. Es posible que los niños no se vean ni actúen enfermos. Hacer que su hijo se haga una prueba de plomo es la única manera de saber si hay plomo en el cuerpo de su hijo.

CUÁNDO SE DEBE HACER LA PRUEBA DE PLOMO A SU HIJO

Se requiere una prueba de plomo en la sangre a los uno y dos años de edad si su hijo:

- Está en un programa como **Medi-Cal, WIC, o Head Start.**
- Vive o pasa mucho tiempo en un lugar construido antes del 1978 que tiene pintura pelada o astillada o que ha sido remodelado recientemente.

Si estos no se aplican, pregunte al médico de su hijo sobre su riesgo de exposición al plomo. Una prueba de plomo en la sangre es gratuita para los niños inscritos en los programas enumerados anteriormente, y las compañías de seguros de salud también pagarán por la prueba.

LOS NIÑOS ESTÁN EN MAYOR RIESGO PARA LA EXPOSICIÓN AL PLOMO SI ELLOS:

- **Viven** en una casa o edificio construido antes de 1978 o cerca de una fuente de emisiones de plomo al aire, como carreteras, sitios industriales, aeropuertos de aviación, sitios de reciclaje.
- **Consumen o entran en contacto con** determinados alimentos, especies, remedios tradicionales, vajillas u otros productos.
- **Pasan tiempo** fuera de los EE. UU.
- **Tienen un hermano con** un nivel elevado de plomo en la sangre.
- **Tienen un familiar que trabaje con plomo** como la construcción o la pintura o tiene pasatiempos que involucran plomo como vidrieras, pesca, cerámica, armas de fuego, antigüedades.

Para obtener una lista de fuentes de plomo, consulte a su médico o visite:
www.cdph.ca.gov/programs/clppb

¹WIC es el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños

QUÉ PUEDE ESPERAR: ANÁLISIS DE PLOMO EN LA SANGRE PARA SU HIJO



- 1 La prueba se puede hacer en su consultorio del médico del niño o en un laboratorio.
- 2 Hay dos métodos de recolección de sangre para la prueba de plomo: capilar o venosa. Las pruebas capilares generalmente utilizan sangre extraída del dedo de su hijo. Pruebas venosas usan sangre de una vena del brazo de su hijo.
- 3 Según el resultado, el médico de su hijo puede ordenar pruebas adicionales. Las pruebas de seguimiento de plomo en la sangre deben ser venosas.

Para más información visite:
www.cdph.ca.gov/programs/clppb
o comuníquese con el Programa de Prevención del Envenenamiento por Plomo Infantil:

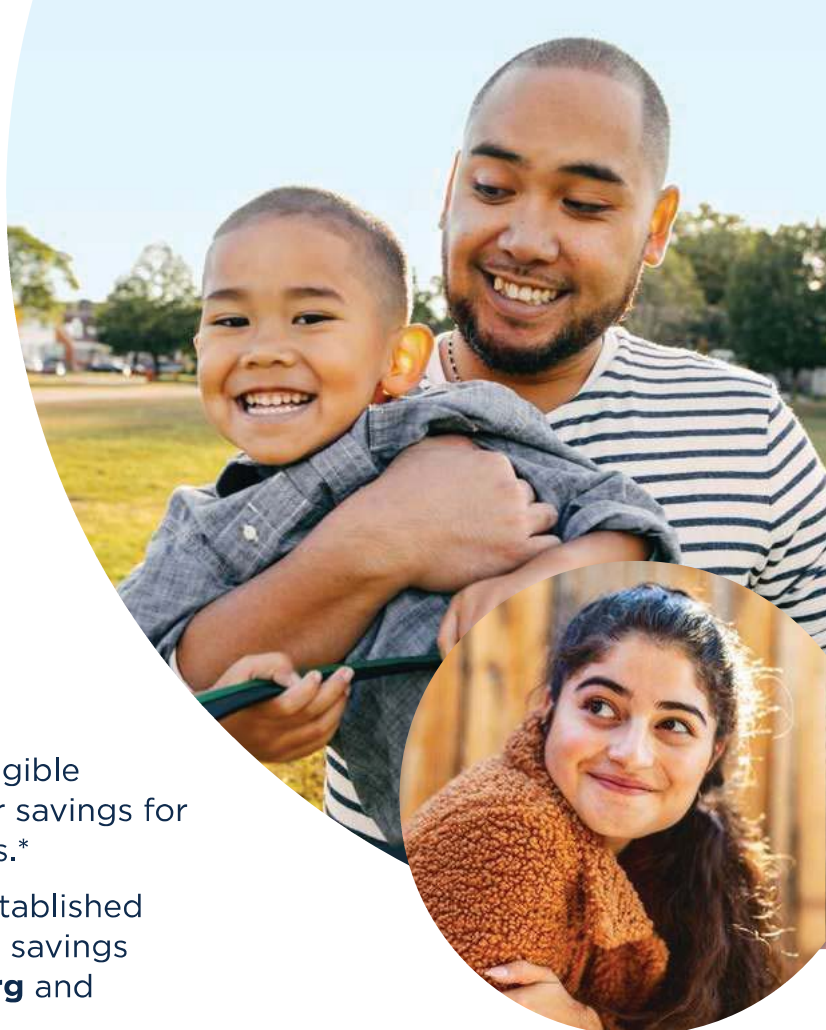


Claim your child's free college savings account!

What you need to know ...

Created by the State of California, CalKIDS provides **up to \$1,500** in free money for eligible school-aged children to help kickstart their savings for future college and career training expenses.*

Your child may already have an account established in their name. Claiming your child's college savings account is quick and easy! Visit **CalKIDS.org** and have the information listed below handy.



What you'll need to claim your account:

- ✓ **Statewide Student Identifier (SSID)**—contact your school for assistance
- ✓ Student's **date of birth**
- ✓ The **county** where the student was enrolled on the applicable Fall Academic Census Day

Fall Academic Census Day is a day within the Academic Year on which an official count is taken. The Fall Census Day is the first Wednesday in October. Students identified in 1st – 12th grade in 2021–22 should use the county as of their school attendance on October 6, 2021. Students identified in 1st grade in subsequent years should use the county as of the applicable Fall Academic Census Day.



**Claim your
account today!**



CalKIDS
The first step toward college

*Student eligibility is defined by the Local Control Funding Formula. The ScholarShare Investment Board has received your information from the California Department of Education as an eligible participant of the program. The California Kids Investment and Development Savings Program (CalKIDS) is a children's savings account program, administered by the ScholarShare Investment Board, an agency of the state of California. CalKIDS will provide eligible participants with college savings accounts, including seed deposits and other potential incentives, to help pay for future qualified higher education expenses. To learn more about CalKIDS or opt out of the program entirely, please see the Program Information Guide at CalKIDS.org. CalKIDS participants may also establish individual accounts with ScholarShare 529, California's 529 College Savings Plan.