



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF HEALTH
PREVENTION AND COMMUNITY HEALTH
Olympia, Washington 98504-7880

Dear Parent/Guardian:

Your child's class has been chosen to take part in the Washington Department of Health's 2023 Smile Survey. We would like to know about the oral health of children that visit a dentist regularly. We want to know about children that do not visit as often too.

If you choose to let your child show us their teeth, a dentist or dental hygienist will perform a one-minute "smile check" using only a mouth mirror. Dental gloves and masks will be worn, and a brand-new disposable mirror will be used for each child. The state's department of education (OSPI) will provide child demographic information. No names will be recorded, and the data will not identify your child. Results of your child's visual check will remain confidential, and your child will not be named in any report.

Your child will receive a toothbrush and sticker. We will also send home a letter to let you know if we see any dental problems. This simple check, however, does not take the place of regular dental check-ups by your family dentist.

If we may look at your child's teeth, do nothing. You do not need to return this form.

If you do not wish for your child to have this very quick "smile check," please check the NO box below and return the form to your child's teacher tomorrow.

As you may know, a healthy mouth is part of total health and wellness. Good oral health helps your child express his or her feelings through speech and smiles. By allowing your child to have this tooth check, we will use the information to benefit all of Washington's children. If you have any questions about Smile Survey 2023, please contact your school.

Sincerely,

Shelley Guinn, RDH, MPH
Washington State Department of Health

.....
Smile Survey 2023

If you do not want your child to have a quick smile check, please check NO, sign, and return to your child's teacher tomorrow.

Child's name: _____

Child's Teacher: _____

____ **NO**, I do not want my child to receive a smile check

Parent/Guardian Signature

Date



ولاية واشنطن

DEPARTMENT OF HEALTH
(قسم الوقاية وصحة المجتمع) PREVENTION AND COMMUNITY HEALTH
Olympia, Washington 98504-7880

السيد ولي الأمر/الوصي:

لقد تم اختيار دفعة طفلك للمشاركة في فحص الابتسامة لعام 2023 تحت رعاية Washington Department of Health (إدارة الصحة في ولاية واشنطن). إننا نود التعرف على صحة فم الأطفال الذين يزورون طبيب الأسنان زيارات منتظمة. كما نريد التعرف على حالة الأطفال الذين لا يزورون طبيب الأسنان بالانتظام نفسه كذلك.

إذا اخترت السماح لطفلك بإظهار أسنانه لنا، فإن أحد أطباء الأسنان أو اختصاصيي صحة الأسنان سيجري "فحص الابتسامة" لمدة دقيقة واحدة باستخدام مرآة الفم فقط. سيتم ارتداء القفازات والكمادات المخصصة لطب الأسنان، وسيتم استخدام مرآة جديدة يتم استخدامها مرة واحدة لكل طفل. ستزودنا إدارة التعليم في الولاية (OSPI) بمعلومات ديموغرافية عن طفلك. لن يتم الاحتفاظ بأي أسماء، ولن تعمل البيانات على تحديد هوية طفلك. وسيتم الإبقاء على سرية نتائج الفحص البصري الخاص بطفلك، ولن تتم تسمية طفلك في أي من التقارير.

سيحصل طفلك على فرشاة أسنان وملصق. وسنرسل أيضًا إلى المنزل خطابًا لإعلامك إذا وجدنا أي مشكلات تتعلق بأسنان الطفل. ومع ذلك، فإن هذا الفحص البسيط لا يحل محل فحوصات الأسنان الدورية التي يجريها طبيب أسنان الأسرة.

إذا سمحت لنا بالنظر إلى أسنان طفلك، فليس عليك فعل أي شيء. لا تتعين عليك إعادة هذا النموذج.

إذا لم ترغب في إجراء طفلك "فحص الابتسامة" السريع هذا، فيرجى تحديد المربع "لا" أدناه وإعادة النموذج إلى المعلم المعني بطفلك غدًا.

كما تعلم، فإن الفم الصحي يُعد جزءًا من الصحة والعافية التامة. فإن صحة الفم الجيدة تساعد طفلك في التعبير عن مشاعره من خلال الحديث والابتسامات. ومن خلال السماح لطفلك بإجراء فحص الأسنان هذا، فسنستخدم المعلومات من أجل استفادة جميع أطفال واشنطن. إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص فحص الابتسامة لعام 2023، فيرجى التواصل مع مدرستك.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

Shelley Guinn، اختصاصية صحة أسنان معتمدة (RDH)، حاصلة على ماجستير الصحة العامة (MPH)
Washington State Department of Health

فحص الابتسامة لعام 2023

إذا لم ترغب في إجراء فحص سريع لابتسامة طفلك، فيرجى تحديد المربع "لا"، والتوقيع، وإعادة النموذج إلى المعلم المعني بطفلك غدًا.

اسم الطفل(ة): _____

معلم(ة) الطفل(ة): _____

لا، لا أريد أن يجري طفلي فحص للابتسامة

التاريخ _____

توقيع ولي الأمر/الوصي _____