Oral Health Assessment Form

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educatión*) requiere que su hijo/a se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuala 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/a 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/a, complete la Sección 3.

Sección 1: Información del niño/a (debe ser llenada por el padre/la madre/el tutor)

Primer nombre del niño/a:	Apedillo del niño/a:	Inicial del Segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño/a:
Domicilio:			Apto.:
Cuidad:			Codigo Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Grado:	Sexo del niño/a: □ Masculino □ Femenino
Nombre del padre/la madre/el tutor:	Raza u origen étnico (___): □ Blanco □ Negro/Africano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Nativo de Hawai o Islas de Pacifico □ Multiracial □ Americano Nativo □ Unknown □ Desconocido □ Otro (especificar)_____		

Sección 2: Información de salud dental (Debe ser llenada por un profesional de la salud dental) matriculado de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla que corresponda para cada sección.

Fecha de la evaluación / *Assessment Date*:	Incidencia de caries (caries visibles y o empastes presentes) / Caries Experience (Visible decay and/or fillings present): □ Sí/*Yes* □ No/*No*	Caries visibles presentes / *Visible decay present*: □ Sí/*Yes* □ No/*No*	Urgencia de tratamiento: □ Ninguín problema obvio / *No obvious problem found* □ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección; o el niño/a de beneficiará del sellador dental o de una evalución adicional) / *Early dental care recommended (Caries without pain or infection, or child would benefit from sealants or further evaluation*) □ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) / *Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions).*

_____ _____ _____

Licensed Dental Professional Signature / Firma del professional dental matriculado ***CA License Number*** ***Date***

Sección 3: Exención del requisito de evaluación de salud dental

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

Solicito que me hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que mejor indique la razon)

□ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan del seguro dental de mi hijo/a.
El plan de seguro dental de mi hijo/a es:

□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Otro: _____ □ Ninguna

□ No puedo pagar el chequeo dental de me hijo/a.

□ No quiero que a mi hijo/a se le haga un chequeo dental.

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

Por favor firme si pide ser eximido del requisito de recibir la evaluacion de salud dental: _____

Fima del padre/la madre/el tutor ***Fecha***

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo/a 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/a. 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/a.
El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.