

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) estipula que su hijo(a) tenga un examen dental a más tardar el 31 de mayo de su primer año en escuela pública. Un profesional de salud dental licenciado por el estado de California y operando dentro del alcance de su práctica debe hacer el examen y completar la Sección 2 de éste formulario. Si su hijo(a) ha tenido un examen dental en los 12 meses antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2 del formulario. Si no le es posible llevar a su hijo(a) a hacerle el examen dental, llene la Sección 3.

Sección 1: Información del Estudiante (Completado por el padre o tutor)

Primer Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			Unidad:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del Padre o Tutor:	Raza u Origen Étnico del(a) Niño(a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional) (Información de Salud Dental – completada por el profesional de salud dental)

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

Assessment Date: (fecha de evaluación)	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) (caries visibles y/o empastes presentes)	Visible Decay Present: (caries visibles presentes)	Treatment Urgency (urgencia de tratamiento):
	<input type="checkbox"/> Yes (sí) <input type="checkbox"/> No (no)	<input type="checkbox"/> Yes (sí) <input type="checkbox"/> No (no)	<input type="checkbox"/> No obvious problem found (no se encuentra ningún problema obvio) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) (se recomienda atención dental; caries sin dolor o infección, el niño se beneficiaría de sellador o evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) (se necesita atención urgente; dolor, infección, hinchazón, lesiones)
Licensed Dental Professional Signature (Firma del Profesional de Salud Dental)			CA License Number (Número de Licencia de California)
			Date (Fecha)

Sección 3: Exoneración del Requisito de Evaluación de Salud Dental

A ser completado por el padre o tutor quien solicita ser exonerado de éste requisito

Por favor excuse a mi hijo(a) de tener el examen dental ya que: (Marque el encasillado que mejor describa la razón)

- No he podido encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).
 El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
- No puedo pagar por el examen dental de mi hijo(a).
- No deseo que mi hijo(a) reciba un examen dental.

Opcional: otra razón por la cual mi hijo(a) no pudo tener un examen dental: _____

Si quiere ser excusado de éste requisito: ► _____
Firma del padre o tutor Fecha

La ley estipula que las escuelas deberán mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo(a) no se utilizará en ningún reporte hecho a consecuencia de dicha ley. Esta información solo se utilizará para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su escuela.

Devuelva éste formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).
 El original será guardado en el registro escolar del estudiante.