

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of their first year in public school. A California licensed dental professional operating within their scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before they start school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

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

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay <u>Present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ <i>Licensed Dental Professional Signature</i>		_____ <i>CA License Number</i>	
		_____ <i>Date</i>	

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Other _____ None
 - I cannot afford a dental check-up for my child.
 - I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian
Date

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than May 31* of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.

Formulario del Examen Dental

La Ley de California (*Código de Educación* Sección 49452.8) establece que a su hijo se le debe realizar un examen dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicho examen y llenar la sección 2 de este formulario. Si se le ha realizado un examen dental en los últimos 12 meses a su hijo al inicio de su año escolar, pídale a su dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puede cumplir con el examen dental para su hijo, llene la sección 3.

Sección 1: Información de su hijo (Debe ser llenado por un padre o tutor legal)

Primer nombre de su hijo:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento de su hijo:
Domicilio:			Apto:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/tutor legal:	Raza u origen étnico de su hijo: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada pregunta de forma separada. Marque su respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	<u>Experiencia con Caries</u> (Daño visible y/o amalgamas presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Daño visible presente:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño(a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Firma del profesional dental con licencia Número de licencia de California Fecha </div>			

Sección 3: Renuncia al Requisito del Examen Dental (Debe ser llenado por un padre o tutor legal que solicita la renuncia de este requisito)

Por favor no deseo que se le realice el examen dental a mi hijo debido a: (Marque el espacio que mejor describa el motivo)

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el seguro médico de mi hijo.
 El plan de seguro médico de mi hijo es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
- No me alcanza para pagar para el examen dental de mi hijo.
- No quiero que a mi hijo se le realice el examen dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no puede recibir una evaluación dental: _____

Si pide la renuncia de este requisito: ► _____

Firma del padre o tutor legal
Fecha

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo. Si tienes preguntas por favor llama a tu escuela.

Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
 El original debe de ser incluido en el archivo escolar de su hijo.