

Formulario de evaluación de la salud Dental

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) estipula que su hijo tenga un examen dental antes del 31 de mayo de kínder o primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental licenciado por el estado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el examen 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, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del Estudiante (debe ser completada por los padres 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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Oral Health Data Collection (To be completed by a California licensed dental professional)

(Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental licenciado de California)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box. **NOTA IMPORTANTE:** Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Assessment Date: (Fecha de la evaluación)	Caries Experience Visible decay and/or fillings present (Caries visibles y/o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Visible Decay Present: (caries visibles presentes) <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Treatment Urgency: Urgencia de tratamiento: <input type="checkbox"/> No obvious problem found: 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 temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <input type="checkbox"/> <u>Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions.</u> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)
---	--	---	---

Firma del profesional de salud dental
Licensed Dental Professional Signature

Número de licencia de CA
CA License Number

Fecha
Date

Sección 3. Exoneración del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por los padres o el tutor quien solicita que su hijo/a sea exonerado de este requisito.

Solicito que mi hijo sea excluido 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 quiere ser excluido 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 (a).