

## 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: <i>(fecha de evaluación)</i>	<b>Caries Experience</b> (Visible decay and/or fillings present) <i>(caries visibles y/o empastes presentes)</i>  <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i>	<b>Visible Decay Present:</b> <i>(caries visibles presentes)</i>  <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i>	<b>Treatment Urgency</b> <i>(urgencia de tratamiento):</i> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <i>(no se encuentra ningún problema obvio)</i> <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <i>(se recomienda atención dental; caries sin dolor o infección, el niño se beneficiaría de sellador o evaluación adicional)</i> <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) <i>(se necesita atención urgente; dolor, infección, hinchazón, lesiones)</i>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> <hr style="border: none;"/> <b>Licensed Dental Professional Signature</b>  <i>(Firma del Profesional de Salud Dental)</i> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <hr style="border: none;"/> <b>CA License Number</b>  <i>(Número de Licencia de California)</i> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <hr style="border: none;"/> <b>Date</b>  <i>(Fecha)</i> </td> </tr> </table>				<hr style="border: none;"/> <b>Licensed Dental Professional Signature</b> <i>(Firma del Profesional de Salud Dental)</i>	<hr style="border: none;"/> <b>CA License Number</b> <i>(Número de Licencia de California)</i>	<hr style="border: none;"/> <b>Date</b> <i>(Fecha)</i>
<hr style="border: none;"/> <b>Licensed Dental Professional Signature</b> <i>(Firma del Profesional de Salud Dental)</i>	<hr style="border: none;"/> <b>CA License Number</b> <i>(Número de Licencia de California)</i>	<hr style="border: none;"/> <b>Date</b> <i>(Fecha)</i>				

### **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.*