



LOMPOC UNIFIED SCHOOL DISTRICT

1301 North A Street, PO Box 8000, Lompoc, CA 93438-8000 (805) 742-3300

**HEALTH SERVICES
 Oral Health Assessment**

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment by May 31 in kindergarten or first grade, whichever is his or her first year of public school. The law specifies that the assessment must be performed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. Oral health assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. If you cannot take your child for this assessment, you may be excused from this requirement by filling out Section 3 of this form.

Section 1

To be completed by the parent or guardian

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:	Child's Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address:		Apt:	City:	Zip Code:
Parent/Guardian Name:	School Name:	Grade:	Teacher:	
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"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Unknown				

Section 2

Oral Health Data Collection

To be completed by the dental professional conducting the assessment

Assessment Date:	Visible fillings present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible caries present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed
------------------	--	--	---

Dental professional's signature

Date

Section 3

Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement

I request that my child be excused from the oral health assessment requirement for the following reason: (Please check the box that best describes the reason.)

- I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan.
 My child is covered by the following insurance plan:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids None Other _____
- I cannot afford an oral health assessment for my child.
- I do not wish my child to receive an oral health assessment.

Optional: other reasons my child could not get an oral health assessment: _____

California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement. If you have any questions about this requirement, please contact your school office.

Signature of parent or guardian

Date

Return this form to the school by May 31. Original to be retained in child's school record.



LOMPOC UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 1301 North A Street, PO Box 8000, Lompoc, CA 93438-8000 (805) 742-3300

SERVICIOS DE SALUBRIDAD
Evaluación de Salud Dental

La ley de California, *Código Educativo* Sección 49452.8, ahora requiere que su estudiante tenga una evaluación de salud Dental antes del 31 de Mayo, ya sea en el grado Kinder o Primer Grado, cualquiera que sea el primer año escolar en una escuela pública. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un dentista autorizado u otro profesional de salud dental autorizado o registrado. Las evaluaciones que se han llevado a cabo dentro de los 12 meses antes de que su estudiante entre a la escuela también cubren este requisito. Si usted no puede llevar a su estudiante a esta evaluación requerida, se le dispensará de este requisito completando la Sección 3 de esta forma. Por favor indique la razón en la Sección 3 de esta forma y regrésela a la escuela.

Sección 1

Esta sección debe ser completada por los padres o apoderados legales

Nombre del Estudiante	Apellido:	Inicial:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:		Apartamento:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de los Padres/Apoderados:		Nombre de la Escuela:	Grado:	Maestro/a:
Grupo Étnico del Estudiante <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africo Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> No sabe				

Sección 2

Esta sección debe ser completada por un profesional de servicios dentales que llevara a cabo la evaluación
Dental Health Data Collection

To be completed by the dental professional conducting the assessment

Assessment Date:	<u>Visible fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed
------------------	---	---	--

Dental Professional's signature

Date

Sección 3

Dispensa del Requisito de la Evaluación de Salud Dental

Esta sección debe ser completada por los padres o apoderados legales solicitando ser dispensados de este requisito

Solicito que mi estudiante sea dispensado del requisito de salud Dental por la siguiente razón: (Por favor marque la respuesta que mejor describa la razón.)

- No he podido encontrar una oficina de servicio dental que reciba el plan de seguro dental de mi estudiante.
 Mi estudiante esta cubierto por el siguiente plan de seguro dental:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno Otro _____
 - No puedo pagar el costo de la evaluación de salud Dental de mi estudiante.
 - No deseo que mi estudiante reciba una evaluación de salud Dental.
- Opcional: otras razones por las que mi estudiante no puede obtener una evaluación de salud Dental: _____

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de los estudiantes. La identidad de su estudiante no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito.

Firma de los Padres o Apoderados Legales

Fecha

Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del 2007.
 La forma original debe ser archivada en los récords oficiales del estudiante.