

### Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his 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 he/she started 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 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 (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.*

**Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo de 20\_\_.**  
**Requisito de evaluación/exención de salud dental**

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo al chequeo dental, podrá obtener una exención para este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

**Sección 1**

**Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor**

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio (número):	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u 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"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

**Section 2: Oral Health Data Collection**

**To be completed by the dental professional conducting the assessment**

*(Información de Salud Dental - a ser completado por el profesional dental)*

Assessment Date:  <i>(fecha de evaluación)</i>	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i>  <i>(caries visibles y/o empastes presentes)</i>	<u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i>  <i>(caries visibles presentes)</i>	<u>Treatment Urgency</u> <i>(urgencia de tratamiento):</i> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <i>(ningún problema obvio)</i> <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <i>(se recomienda atención dental)</i> <input type="checkbox"/> Urgent care needed <i>(se necesita atención urgente)</i>
--	--	---	---

**Dental professional's signature**  
*Firma del profesional de salud dental*

**Date**  
*fecha*

***El original será guardado en el registro escolar del menor.***

**Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo de 20\_\_.**

**Sección 3**

**Exención del requisito de evaluación de salud dental**

**Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor  
que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito**

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito de evaluación de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.  
Mi hijo está cubierto con el seguro:  Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo.

No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental:

\_\_\_\_\_

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor contacte a la oficina de la escuela.

---

***Firma del padre, madre o tutor***

***Fecha***

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]

***El original será guardado en el registro escolar del menor.***