

**DENTAL ASSESSMENT/WAIVER REQUEST FORM**  
**REQUERIMIENTO DE EXAMEN DENTAL PARA INGRESO ESCOLAR/RENUNCIA**

**RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL BY MAY 31.**  
**REGRESA ESTA FORMA A LA ESCUELA PARA EL 31 DE MAYO**

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment by May 31 in transitional kindergarten, 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.

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California, ahora requiere que sus niños tengan una evaluación de salud oral (examen dental) antes del 31 de mayo en kindergarten transición, kindergarten o en primer grado, dependiendo de cual sea su primer año en una escuela pública. Los exámenes dentales que se hayan realizado dentro de los 12 meses antes de que sus niños entren a la escuela, también cumplen con este requisito. Si no puede llevar a sus niños a un examen dental, podrá obtener una renuncia a este requisito, llenando la Sección 3 de esta forma.

**SECTION 1/SECCION 1**  
**To be completed by the parent or guardian**  
**Deberá ser llenada por los padres o tutores**

Child's Last Name/Apellido:		First Name/Primer Nombre:		Middle Initial/Segundo nombre:	Birth date/ Fecha de nacimiento:
Address/Domicilio:		Apt.:		ZIP code/ Código Postal:	
City/Ciudad:		Teacher/Maestro(a):		Grade/Grado:	Child's Gender/Género: <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino
Parent/Guardian Name/Nombre de los padres:		Child's race/ethnicity raza /origen étnico del niño: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown			

I give permission for the dental professional to share information about my child's dental check-up. Yo doy permiso para que el profesional dental comparta información acerca del examen de mi hijo.

Signature of parent or guardian/Firma del padre o madre o guardian Date/Fecha

**SECTION 2**  
**Oral Health Data Collection**

**To be completed by the dental professional conducting the assessment**  
**Deberá ser llenado por el profesional en salud dental que realice la evaluación**

Assessment Date:	Caries Experience (Visible caries and/or fillings present) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> t1 No obvious problem found <input type="checkbox"/> t2 Early dental care recommended (caries without pain or infection; would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> t3 Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
------------------	---	---	--

Dental professional's signature & license number

Date

Address/Stamp

0215

WAIVER SIGNED ON BACK