Formulario de Evaluación de Salud Dental

La Ley de California (*Código de Educación* Sección 49452.8) establece que tu hijo (a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. **Si tu hijo (a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario.** Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo (a), llena la sección 3.

Sección 1: Información del niño (a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)

Primer nombre del niño (a):	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño (a):
Domicilio:			Departamento.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro (a):	Grado:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre o tutor:	Raza u origen étnico del niño (a): ☐ Blanco ☐ Negro/Afro-americano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Americano Nativo ☐ Multi-racial ☐ Otro_____ ☐ Nativo de Hawai o Islas del Pacífico ☐ Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	Experiencia con Caries (Daño visible / amalgamas presentes) ☐ Sí ☐ No	Daño visible presente: ☐ Sí ☐ No	Urgencia del tratamiento: ☐ No se encontraron problemas obvios ☐ Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño (a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
Firma del profesional dental con licencia		***Número de licencia de California***	***Fecha***

Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental

Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento

Por favor excuse a mi hijo (a) de la evaluación dental debido a: (Marca el espacio que mejor describe la razón)

☐ No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo (a).
El plan de seguro dental de mi hijo es:
☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

☐ No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo (a).

☐ No quiero que mi hijo (a) reciba una evaluación dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo (a) no puede recibir una evaluación dental: _____

Si pides una excusa de este requerimiento: ▶ _____

Firma del padre o tutor ***Fecha***

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo (a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo (a). Si tienes preguntas por favor llama a tu escuela.

Regresa esta forma a la escuela *antes del* 31 de mayo del primer año escolar de tu hijo ().
El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo (a).