

Salinas City Elementary School District

Oral Health Assessment

California law (Education Code Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

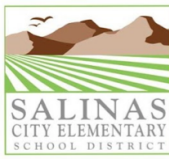
This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California's children.

Section 1: Child's information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last name:	Middle initial:	Child's birthdate:
Address:			Apt:
City, Zip:			Child's sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
School name:	Teacher	Grade	Year Child Started Kindergarten: _____
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ___ White ___ Black/African ___ American Hispanic/Latino ___ Asian ___ Native American ___ Multi-racial ___ Native Hawaiian/Pacific Islander ___ Unknown ___ Other: _____		

Continued on Next Page





Salinas City Elementary School District

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:	<u>Caries Experience</u> (Visible Decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Visible Decay Present:</u> (Visible Decay Present) <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 (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)
<hr/> <i>Licensed Dental Professional Signature</i>		<hr/> <i>CA License Number</i>	<hr/> <i>Date</i>

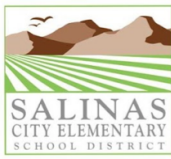
Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent Notified that child has urgent dental care need on: _____ / _____ / _____
A follow-up appointment for this child has been scheduled for: _____ / _____ / _____
Did the child receive needed treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) <input type="checkbox"/> I don't know

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 31st of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.**





Salinas City Elementary School District

Evaluación de Salud Bucal

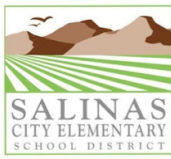
La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) dice que todos los niños deben tener un chequeo dental (evaluación) antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California debe realizar el control y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que llene la Sección 2. Si no puede obtener un chequeo dental para su hijo, llene el Formulario de exención del requisito de Evaluación de Salud Bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que requiera la atención de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar saludables y listos para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un rendimiento escolar más bajo, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: información del niño (Llenado por padre o tutor legal)

El primer nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño:
DIRECCIÓN:			Apt:
Código postal:			Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de escuela:	Maestro	Calificación	Año en que el niño comenzó el kinder: _____
Nombre del Padre de Familia / Tutor legal:	Raza/origen étnico del niño: ___ Blanco ___ Negro/Africano ___ Americano Hispano/Latino ___ Asiático ___ Nativo americano ___ Multirracial ___ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico ___ Desconocido ___ Otro: _____		

Continúa en la siguiente página



Salinas City Elementary School District

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California Licensed Dental Professional) IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (llenado por un médico con licencia de California) Profesional de la odontología) NOTA IMPORTANTE: Considere cada caja por separado. Marque cada casilla.

Assessment Date:	<u>Caries Experience</u> (Visible Decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Visible Decay Present:</u> (Visible Decay Present) <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 (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: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Sección 3: Seguimiento de la atención de urgencia (Llenado por entidad responsable del seguimiento)

Parent Notified that child has urgent dental care need on: _____ / _____ / _____
A follow-up appointment for this child has been scheduled for: _____ / _____ / _____
Did the child receive needed treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) <input type="checkbox"/> I don't know

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original se conservará en el registro escolar del niño.

