

Formulario de evaluación de salud bucal para estudiantes

La ley de California (Código de Educación, sección 49452.8) establece 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 certificado de California debe realizar la evaluación y completar la sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo una evaluación dental en los últimos 12 meses, pida a su dentista que complete la sección 2 del formulario. Si no puede obtener una evaluación dental para su hijo, por favor, complete el formulario de Exención del Requisito de Evaluación de Salud Bucal por separado.

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

Sección 1: Información del estudiante (Debe ser completado por el padre de familia o tutor)

Nombre del estudiante:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento: MM – DD – YYYY (Mes) (Día) (Año)
Dirección:			Apto.:
Ciudad:		Código postal: 	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el estudiante comenzó el Kindergarten: Y Y Y Y
Nombre del padre de familia o tutor:	Apellido del padre de familia o tutor:		Género del estudiante: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza/Origen étnico del estudiante	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Afroamericano/Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique)		

La información continúa en la siguiente página

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (debe ser completada por un profesional dental certificado de California)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

AVISO IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Assessment Date: <i>Fecha de la evaluación:</i> MM – DD – YYYY (Mes) (Día) (Año)	Untreated Decay (Visible Decay Present) Caries sin tratar (deterioro visible presente) <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency/ <i>Urgencia del tratamiento:</i> <input type="radio"/> No obvious problem found No se encontró ningún problema obvio		
<input type="radio"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would soft benefit from sealants or further evaluation) Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección; o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional)		
<input type="radio"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or lesions) Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón, o lesiones en el tejido blando)		
_____ Licensed Dental Professional Signature <i>Firma del profesional dental certificado</i>		_____ CA License Number <i>Núm. de licencia de CA</i>
_____ Date <i>Fecha</i>		_____ MM – DD – YYYY

*Check "Yes" for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings

Marque "Sí" para experiencia de caries si hay presencia de caries o empastes no tratados

Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Marque "No" para experiencia de caries si no hay caries no tratadas ni tampoco empastes

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

Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia (debe ser completada por la entidad responsable del seguimiento)

Parent notified that child has urgent dental care need on: <i>El padre de familia notificó que el menor tiene una necesidad urgente de atención dental en:</i>	MM – DD – YYYY (Mes) (Día) (Año)
A follow-up appointment for this child has been scheduled for: <i>Se programó una cita de seguimiento para este niño en:</i>	MM – DD – YYYY (Mes) (Día) (Año)
Did child receive needed treatment? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) <i>(Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres)</i> <input type="checkbox"/> I don't know/No lo sé	¿Recibió el niño el tratamiento necesario?

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 consecuencia de esta ley. Esta información solamente podrá ser utilizada para propósitos relacionados con la salud de su hijo. Si usted tiene alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con la escuela de su hijo.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

La copia original de este formulario se guardará en el registro escolar del estudiante.