

Formulario de Evaluación de Salud Oral

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) dice que todos los niños deben tener una revisión dental (evaluación) antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California debe realizar la revisión y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo una revisión dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que llene la Sección 2. Si no puede obtener una revisión dental para su hijo, llene el Formulario de Renuncia Voluntaria al Requisito de Evaluación de Salud Oral 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 oral. Los niños necesitan una buena salud oral para hablar con confianza, expresarse, estar saludables y listos para aprender. La mala salud oral se ha relacionado con un rendimiento escolar más bajo, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por este motivo, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del Niño (Completado por el padre o tutor)

Primer Nombre del Niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de Nacimiento del Niño: - -
Dirección:			Apt.:
Ciudad:			Código Postal: ø# ø# ø# ø# ø# ø#
Nombre de Escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el kínder: ø# ø# ø# ø#
Primer Nombre del Padre/Tutor:	Apellido del Padre/Tutor:		Género del Niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza/Etnia del Niño:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)		

Sección 2: Recopilación de Datos de Salud Oral (Completado por un profesional dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada caja por separado. Marque cada casilla.

Fecha de Evaluación: - -	Deterioro no tratado (Deterioro visible presente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Experiencia de caries (Caries visible y/o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Urgencia de Tratamiento: <input type="radio"/> No se encontró ningún problema obvio			<input type="radio"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección; o el niño se beneficiaría con selladores o una evaluación adicional)	<input type="radio"/> Atención urgente necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones de tejidos blandos)
Firma del Profesional Dental Autorizado		Número de Licencia de CA	- -	Fecha

*Marque "Sí" para la experiencia de caries si hay presencia de caries o empastes no tratados
Marque "No" para la experiencia de caries si no hay caries no tratadas ni empastes.

Sección 3: Seguimiento a la Atención de Urgencias (Completado por entidad responsable del seguimiento)

Se notificó al padre que el niño necesita atención dental urgente el:	- -
Se ha programado una cita de seguimiento para este niño para el:	- -
¿Recibió el niño el tratamiento necesario? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Si no, se alientará a la entidad responsable del seguimiento a que vuelva a consultar con los padres) <input type="radio"/> No sé	

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 solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, por favor 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 mantendrá en el expediente escolar del niño.