Formulario de evaluación de la salud bucodental

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece que todos los niños deben someterse a una revisión dental (evaluación) antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental licenciado en California debe hacer el chequeo y rellenar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo/a se ha sometido a una revisión dental en los últimos 12 meses, pida a su dentista que rellene la Sección 2. Si no puede conseguir una revisión dental para su hijo/a, rellene por separado el Formulario de exención del requisito de evaluación de la salud bucodental.

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 bucodental. Los niños necesitan una buena salud bucodental para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y, preparados para aprender. Una mala salud bucodental se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en etapas posteriores de la vida. Por este motivo, le agradecemos su contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del niño (Rellenada por los padres o tutores)

Nombre del niño/a:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño/a:
Dirección:			Apartamento:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Grado:	Año que inicio su hijo/a Kindergarten:
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:		Sexo del niño: ☐ Masculino ☐ Femenino
Raza/etnicidad del niño:	Raza/etnicidad del niño: □ Blanco □ Negro/Africano Americano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Nativo Americano □ Multirracial □ Otro_____ □ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico □ Desconocido		

Sección 2: Colección de datos de Salud Bucodental (Rellenada por un profesional dental licenciado en California)

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

Fecha de evaluación:	Caries sin tratar Decaimiento visible presente ☐Si ☐No	*Experiencia de caries Caries visibles y/o rellenos presentes ☐Si ☐No

Urgencia del tratamiento:

☐ **No se encontró ningún problema evidente**

☐ **Se recomienda una atención dental temprana** (sin dolor ni infección; o el niño se beneficiaría de los selladores o de una evaluación adicional

☐ **Necesita atención urgente** (dolor, infección, hinchazón o lesiones en los tejidos blandos)

_____ _____ _____

Firma del Licenciado en Odontología | Número de licencia de California | Fecha

*****Marque "SÍ" para Experiencia de caries si hay presencia de caries sin tratar o rellenos
Marque "NO" en Experiencia de caries si no hay caries sin tratar ni rellenos

Sección 3: Seguimiento de la atención urgente (Rellenada por la entidad responsable del seguimiento)

Se notifica a los padres que el/la niño/a necesita atención dental urgente el:
Se ha programado una cita de seguimiento para este niño/a:
¿Recibió el niño el tratamiento necesario? ☐ **Si** ☐ **No** (Si no, se animará a la entidad responsable del seguimiento a que vuelva a ponerse en contacto con los padres) ☐ **No se**

La ley establece que la escuela debe mantener en privado la información sobre la salud del estudiante. El nombre de su hijo/ no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo podrá utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo/a. Si tiene alguna pregunta, llame a su escuela.

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

El original debe conservarse en el expediente escolar de su hijo/a

Exención del Requisito de Evaluación de la Salud Bucodental

Por favor, rellene este formulario si necesita excusar a su hijo/a del requisito de evaluación de salud bucodental. Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del niño (Rellenada por los padres o tutores)

Nombre del niño/a:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño/a:
Dirección:			Apartamento:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Grado:	Año que inicio su hijo/a Kindergarten:
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:		Sexo del niño: ☐ Masculino ☐ Femenino
Raza/etnicidad del niño:	Raza/etnicidad del niño: □ Blanco □ Negro/Africano Americano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Nativo Americano □ Multirracial □ Otro_____ □ Nativo de Hawái/ Islas del Pacífico □ Desconocido		

Sección 2: Debe ser rellenada por el padre o tutor SOLO SI desea ser eximido de este requisito.

Por favor, excuse a mi hijo/a de la evaluación porque (marcar la casilla que mejor describa el motivo):

☐	No encuentro una clínica dental que tome el plan de seguro dental de mi hijo/a. El plan de seguro dental de mi hijo es: ☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ Ninguno ☐ Otro _____
☐	No tengo medios para pagar una evaluación para mi hijo.
☐	No encuentro el momento de ir al dentista (ej. no puedo obtener el tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene un horario de consulta conveniente)
☐	No puedo llegar fácilmente a un dentista (ej. no tengo transporte, se encuentra demasiado lejos)
☐	No creo que mi hijo/a se beneficie de una evaluación
☐	Otro (por favor, especifique la razón no mencionada anteriormente por la que solicita la exención de esta evaluación para su hijo/a): _____

Si pide que se le exima de este requisito:

_____ _____

Firma del padre o tutor Fecha

La ley establece que la escuela debe mantener en privado la información sobre la salud del estudiante. El nombre de su hijo/a no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo se podrá utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo/a. Si tiene alguna pregunta, llame a su escuela.

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