

Certificado de Salud Dental

Padres/Tutores: Las Leyes del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas de requerir un examen dental en los grados siguientes: entrantes en la escuela, K, 2, 4, 7 & 10. Su hijo tendrá un examen dental durante este año escolar para evaluar su salud para asistir a la escuela. Por favor complete la Sección 1 y lleve este formulario a su dentista o higienista dental registrado para una evaluación. Si su hijo tuvo un examen dental antes de empezar esta escuela, pregunta a su dentista/higienista dental de completar la Sección 2. Regrese este formulario completado al director medico de la escuela o a la enfermera de la escuela lo mas pronto posible.

Sección 1. A ser completada por el Padre o Tutor (en letra de molde)

Nombre del Niño:		Apellido	Primer Nombre	Segundo
Fecha de Nacimiento:	/	/	Genero:	¿Este será el primer examen de salud oral de su hijo?
Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Escuela: <small>Nombre</small>				Grado
¿Ha tenido su hijo alguna problema en la boca, que ha interferido con su capacidad de masticar, hablar o concentrar en las actividades escolares? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Entiendo que al firmar este formulario, estoy consintiendo a que el niño nombrado arriba reciba una evaluación básica de salud oral. Entiendo que es una evaluación limitada para evaluar la salud dental del estudiante, y que tendré que asegurar los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena salud oral.				
También entiendo que al recibir tal evaluación preliminar de la salud oral, no establece ninguna relación medico-paciente nueva o continua. Además, no haré responsable el dentista o los que realizan esta evaluación, de las consecuencias o resultados, si opto no seguir las recomendaciones enumerados abajo.				
Firma de padre			Fecha	

Sección 2. A ser completada por el Dentista/Higienista Dental

**I. La condición de la salud dental de _____ en _____ (fecha de evaluación)
La fecha de la evaluación debe ser dentro de los 12 meses del piezo del año escolar en el cual es requerido. Marque uno:**

- Si, El estudiante mencionado arriba esta en buen estado de salud dental para poder asistir a las escuela publicas.
 No, El estudiante mencionado arriba no esta en buen estado de salud dental para poder asistir a las escuelas publicas.

NOTA: No estar en buen estado de salud dental significa que existe una condición que interfiere con la habilidad del estudiante a masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares incluyendo dolor, inflamación o infección relacionada con evidencia clínica de caries abiertas. La designación de No estar en buen estado de salud dental para poder asistir a la escuela, no previene al estudiante de asistir a la escuela.

Nombre y Dirección del Dentista/Higienista Dental

(favor de escribir en letra de molde o estampar)

Firma del Dentista/Higienista Dental

Secciones opcionales – Si está de acuerdo en dar esta información a la escuela de su hijo, favor de escribir sus iniciales aquí.

II. Estado de Salud Oral (marque los que corresponden)

- Si No **Historia de Caries/Historia de Restauración- ¿Ha tenido el niño alguna caries (tratados o no tratado)? ¿Un empaste(temporal o permanente)?** O ¿Le falta un diente que fue extraído como resultado de caries o una caries abierta?
- Si No **Caries no tratadas-¿Tiene este niño una caries abierta?(Por lo menos ½ mm de estructura dental perdida en la superficie de esmalte. Coloración café a café oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las fosas y lesiones fisuras cavitadas, así como los de superficies lisas de los dientes. Si la raíz es conservada, se supone que el diente entero fue destruida por caries. Dientes rotos o astillados, y dientes con empastes temporales, se consideran como aceptable a menos que una lesión también esta presente.**
- Si No **Selladores Dentales están Presentes**

Otras problemas (Especifique): _____

II. Necesidades de Tratamiento (marque todas las que apliquen)

- Ningún problema evidente. Se recomienda atención dental de rutina. Visite a su dentista regularmente
 Puede necesitar atención dental. Por favor haga una cita con su dentista tan pronto como sea posible para una evaluación.
 Se requiere la atención dental inmediata. Por favor haga una cita con su dentista de inmediato para evitar problemas.