

Certificado de Salud Dental - Opcional

Padres/Tutores: La ley del estado de Nueva York (Capítulo 281) permite que las escuelas soliciten una evaluación de salud bucal al mismo tiempo que se requiere un examen de salud. Su hijo/a puede tener un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista o higienista dental registrado para que lo evalúen. Si su hijo/a tuvo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista o higienista dental que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo a la directora médica o a la enfermera de la escuela lo antes posible.

Sección 1. Para ser completada por los padres o tutores (en letra de imprenta)

Estudiante:	Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nac.:	/ /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Será esta la primera evaluación de salud bucal de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Mes Día Año		
Escuela: <small>Nombre</small>			Grado

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiera con la capacidad de su hijo/a para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares? Sí No

Entiendo que al firmar este formulario doy mi consentimiento para que el niño/la niña mencionado anteriormente reciba una evaluación básica de salud bucal. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado de evaluación para evaluar la salud bucal del estudiante y que necesitaría contratar los servicios de un dentista para que mi hijo/a reciba un examen dental completo con radiografías, si es necesario, para mantener una buena salud bucal.

También comprendo que recibir esta evaluación preliminar de salud bucal no establece ninguna relación médico-paciente nueva, continua o permanente. Además, no responsabilizaré al dentista ni a quienes realicen esta evaluación por las consecuencias o los resultados si decido NO seguir las recomendaciones que se enumeran a continuación.

Firma de los padres _____ Fecha _____

Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

**I. The dental health condition of _____ on _____ (date of assessment)
 The date of the assessment needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:**

- Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.
- No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means, that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's/ Dental Hygienist's name and address

(please print or stamp)

Dentist's/Dental Hygienist's Signature

--	--

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

- Yes No **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].
- Yes No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].
- Yes No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): _____

II. Treatment Needs (check all that apply)

- No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
- May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
- Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.