Formulario de evaluación de la salud bucodental

La ley de California *(*Sección 49452.8 del Código de Educación) establece que su hijo(a) debe someterse a un examen dental a más tardar el 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de odontología con licencia de California que opere dentro de su ámbito de práctica debe hacerle el examen y llenar la sección 2 de este formulario. Si a su hijo(a) le hicieron un examen dental en los 12 meses anteriores a su comienzo en la escuela, pida a su dentista que llene la sección 2. Si no puede conseguir que le hagan un examen dental a su hijo(a), llene la sección 3.

Sección 1: Información del niño (proporcionada por el padre, la madre o el tutor)

Nombre del niño o la niña:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Apt.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo: □ Masculino □ Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/etnia del(de la) niño(a): □ Blanca □ Negra/afroamericana □ Hispana/latina □ Asiática □ Indígena americana □ Multirracial □ Otra_____ □ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico □ Se desconoce		

Sección 2: Datos de salud bucodental (debe ser rellenada por un profesional dental autorizado en California)

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

Fecha de evaluación:	Ha tenido caries (caries visibles y/o empastes presentes) □ Sí □ No	Tiene deterioro dental visible: □ Sí □ No	Urgencia de tratamiento: □ No se encontró ningún problema obvio □ Se recomienda una atención dental precoz (caries sin dolor o infección, o el niño se beneficiaría de selladores o de una evaluación más a fondo). □ Necesidad de atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en tejido blando)

_____ _____ _____

Firma del profesional en odontología con licencia ***Número de licencia de CA*** ***Fecha***

Sección 3: Exención del requisito de evaluación de la salud bucodental

Debe ser rellenada por padres o tutores que soliciten una exención de este requisito.

Por favor, exente a mi hijo(a) del examen dental porque: (Marque la casilla que mejor describa el motivo)

□ No encuentro un consultorio dental que acepte el seguro dental de mi hijo(a).
El seguro dental de mi hijo(a) es

□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Otro _____ □ Ninguno

□ No tengo los medios para pagar un examen dental para mi hijo(a).

□ No quiero que le hagan un examen dental a mi hijo(a).

Opcional: otras razones por las que no se le pudo hacer un examen dental a mi hijo(a): _____

Si solicita que se le exente de este requisito: ▶ _____

Firma del padre, madre o tutor ***Fecha***

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los alumnos. El nombre de su hijo(a) no formará 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 la 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 del(de la) niño(a).