Formulario de evaluación de salud bucal

Ley de California (*Código de Educación* Sección 49452.8) dice que cada niño debe tener un chequeo dental (evaluación) antes del 31 de mayo.[calle] de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede realizar un chequeo dental para su hijo, complete el formulario de Exención de requisitos de evaluación de la salud bucal por separado. .

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y dispuestos a aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño: MM – DD – AAAA
Dirección:			Apto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año que el niño comienza el jardín de infantes: Y Y Y Y
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:		Género del niño: □ Masculino □ Femenino

Raza/etnicidad del niño:	□ Blanco □ Negro/Afroamericano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Otro (especifique)	□ Nativo Americano □ Multirracial □ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico □ Desconocido

Continúa en la página siguiente

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (completada por un profesional dental con licencia de California)

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

Fecha de evaluación: MM – DD – AAAA	Caries no tratadas (presente caries visible) □ Sí □ No	*Experiencia de caries (Caries visibles y/o empastes presentes) □ Sí □ No

Urgencia del tratamiento:

□ **no se encontró ningún problema obvio**

□ **Se recomienda atención dental** temprano (caries sin dolor ni infección; o el niño se beneficiaría con selladores o una evaluación adicional)

□ **Se necesita atención urgente** (dolor, infección, hinchazón o tejido blando)

		MM – DD – AAAA
Firma del profesional dental autorizado	***Número de licencia de CA***	***Fecha***

*****Marque "Sí" para experimentar caries si hay presencia de caries no tratada o empastes Marque "No" para experiencia de caries si no hay caries no tratadas y sin empastes

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

El padre notificó que el niño necesita atención dental urgente el:	MM – DD – AAAA
Se ha programado una cita de seguimiento para este niño para:	MM – DD – AAAA

¿Recibió el niño el tratamiento necesario?

☐ **Si**

☐ **No** (En caso negativo, se alentará a la entidad responsable del seguimiento a que vuelva a consultar con los padres)

☐ **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 sólo podrá utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

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

El original se guardará en el expediente escolar del niño.