LAKE ELSINORE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

California Department of Education

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: □ Male □ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: □ White □ Black/African American □ Hispanic/Latino □ Asian □ Native American □ Multi-racial □ Other_____ □ Native Hawaiian/Pacific Islander □ Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) □ Yes □ No	Visible Decay Present: □ Yes □ No	Treatment Urgency: □ No obvious problem found □ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) □ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)

_____ _____ _____

Licensed Dental Professional Signature ***CA License Number*** ***Date***

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

□ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is: _____

□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Other _____ □ None

□ I cannot afford a dental check-up for my child.

□ I do not want my child to receive a dental check-up.

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ▶_____

Signature of parent or guardian ***Date***

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31 of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.

Rev 02/16

LAKE ELSINORE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Departamento de Educación de California

Formulario de Evaluación Oral

La ley de California (*Código de educación* sección 49452.8) indica que su niño(a) debe tener un examen dental para el 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional dental acreditado en California operando dentro del ámbito de su práctica debe rendir un chequeo y llenar la sección 2 de este formulario. Si su niño(a) tuvo un chequeo dental dentro de los 12 meces antes de que comenzara la escuela, pídale a su dentista que llene la sección 2. Si no puede obtener un chequeo dental para su niño(a), llene la sección 3.

Sección 1: Información del Niño(a) (Debe Llenarse por Padre o Tutor Legal)

Nombre de niño(a):	Apellido:	Inicial:	FDN de niño(a):
Domicilio:			Apt.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de escuela:	Maestro(a):	Grado:	Género del niño(a): □ Masculino□ Femenino
Nombre de padre/tutor legal:	Raza/etnicidad del niño(a): □ Blanco □ Negro/Africano americano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Nativo americano □ Multirracial □ Otra raza_____ □ Nativo Hawaiano/Polinesia □ No se sabe		

Sección 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) □ Yes □ No	Visible Decay Present: □ Yes □ No	Treatment Urgency: □ No obvious problem found □ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) □ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)

_____ _____ _____

Licensed Dental Professional Signature ***CA License Number*** ***Date***

Sección 3: Dispensa del Requisito de Evaluación de Salud Oral

Debe llenarse por el padre o tutor legal pidiendo ser excusado de este requisito

Por favor excuse a mi niño(a) del chequeo dental debido a: (Indique la caja que mejor describe la razón)

□ No puedo encontrar una oficina dental que acepte el seguro dental de mi niño(a).
El seguro dental de mi niño(a) es:_____

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

□ No puedo pagar por un chequeo dental para mí niño(a).

□ No quiero que mi niño(a) reciba un chequeo dental.
Opcional: otras razones por las cuales mi niño(a) no pudo obtener chequeo dental: _____

Si está pidiendo ser excusado de este requisito: ➧_____

Firma del padre o tutor legal **Fecha**

La ley indica que las escuelas deben mantener privada la información estudiantil de salud. El nombre de su niño(a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información solamente se puede usar para motivos relacionados a la salud de su niño(a). Si tiene preguntas, por favor llame a su escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar para el 31 de mayo del primer año escolar de su niño.
La copia original se guardará en el registro escolar de su niño(a).

Rev 02/16