Forma de Evaluación de Salud Oral

La ley de California (Sección del Código de Educación 49452.8) dice que cada niño debe tener un chequeo dental (evaluación) para el día 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional dental con licencia de California deberá hacer este chequeo y llenar la Sección 2 de esta forma. Si su hijo/hija tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses, pregunte a su dentista que llene la Sección 2. Si usted no puede obtener un chequeo dental para su hijo/a, complete la excepción separada en la Forma de Requerimiento de Evaluación de Salud Oral.

Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud oral. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y listos para aprender. La mala salud oral se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en la vida futura. 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 (Completado por padre o tutor).

Primer nombre de su hijo:	Apellido:	Segundo:	FDN de su hijo: MM – DD – YYYY
Domicilio:			Apt.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año que su hijo entra al kinder: Y Y Y Y
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:		Género de su hijo: ☐ Male ☐ Female

Etnicidad/raza de su hijo:	☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Otro (especifique)	☐ Indígena Americano ☐ Multirracial ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico ☐ Desconocido

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: MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present) ☐Yes ☐No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings 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)

_____ _____ MM – DD – YYYY

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

*Check "Yes" for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent notified that child has urgent dental care need on: MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for: MM – DD – YYYY
Did child receive needed treatment? ◯ **Yes** ◯ **No** (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) ◯ **I don't know**

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 31st of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.