LAKE ELSINORE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

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 Gender: □ Male □ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: □ White □ Black/African American □ Hispanic/Latino □ Native American □ Asian □ Multi-racial □ Native Hawaiian/Pacific Islander □ Unknown □ Other (please specify)_____		

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	Untreated Decay (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)

*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

_____ _____ _____

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

SECTION 3 WAIVER: To be filled out by parent or guardian ONLY IF 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 cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: □ Medi-Cal/Denti-Cal □ Covered California □ Healthy Kids □ None □ Other _____
□	I cannot afford a dental check-up for my child.
□	I cannot find the time to get to a dentist (e.g., cannot get the time off from work, the dentist does not have convenient office hours)
□	I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
□	I do not believe my child would benefit from an assessment.
□	Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child):

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 31st of your child's first school year.

LAKE ELSINORE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

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 □ Nativo americano □ Asiático □ Multirracial □ Nativo Hawaiano/Polinesia □ No se sabe □ Otra raza (por favor indique)_____		

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	Untreated Decay (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)

*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

_____ _____ _____

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

Sección 3 EXENCIÓN: Para ser completado por el padre, madre or tutor ÚNICAMENTE si solicita ser eximido 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 □ California Cubierta □ Healthy Kids □ Ninguno □ Otro _____
□	No puedo pagar por un chequeo dental para mí niño(a).
□	No encuentro el tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo pedir permiso en el trabajo o el dentista no tiene un horario de atención conveniente).
□	No puedo llegar fácilmente a un dentista (por ejemplo, no tengo transporte, está ubicado demasiado lejos).
□	No creo que mi hijo se beneficie de una evaluación.
□	Otro (especifique el motivo, no mencionado anteriormente, por el cual solicita la exención de esta evaluación para su hijo/a):

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.