Distrito Escolar Fullerton: Formulario de Examen de la Salud Bucal

La ley de California (Código de Educación Sección 49452.8) establece que su hijo(a) debe recibir un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California que opere dentro de su ámbito de práctica debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo(a) tuvo un chequeo dental en los 12 meses antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir que su hijo(a) reciba un chequeo dental, complete la Sección 3.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que requiera la atención de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud oral para hablar con confianza, expresarse, estar saludables y listos para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un rendimiento escolar más bajo, 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(a) (debe ser completada por el padre/tutor)

Primer Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento del Niño(a):
Domicilio:			Apartamento:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo del Niño(a): □ Masculino □ Femenino
Nombre del Padre/Tutor:	Raza/origen étnico del niño(a): □ Blanco □ Negro/Afroamericano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Nativo americano □ Multirracial □ Otro(a)_____ □ Nativo de Hawai/ Islas del Pacífico □ Desconocido		

Sección 2. Recopilación de Datos de Salud Bucodental (completado por un profesional dental licenciado en California)

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

Fecha del Examen:	Presencia de Caries (caries visibles y/o rellenos presentes) □ Sí *[Yes]* □ No *[No]*	Presencia de Caries Visibles: □ Sí *[Yes]* □ No *[No]*	Urgencia de Tratamiento: □ Ningún problema obvio □ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección; o el niño(a) se beneficiaría de los selladores o de evaluación adicional □ Necesidad de atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)

_____ _____ _____

Firma del Profesional Dental Licenciado ***Número de Licencia de CA*** ***Fecha***

Sección 3. Exención del Requisito de Evaluación de la Salud Bucodental

Debe ser completado por el padre/tutor que solicita que su hijo(a) sea eximido(a) de este requisito.

Solicito que mi hijo(a) sea eximido(a) de este chequeo dental porque: (marque la casilla que mejor describa el motivo)

□ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo(a). El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:

□ Medi-Cal □ Covered California □ Healthy Kids □ Otro _____ □ Ninguno

□ No puedo pagar por un chequeo dental para mi hijo(a).

□ No tengo tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo ausentarme del trabajo o el dentista no tiene un horario de consulta conveniente).

□ No puedo ir fácilmente al dentista (por ejemplo, no tengo transporte, está demasiado lejos).

□ No creo que mi hijo(a) se beneficie de una evaluación.

□ Otro (especifique el motivo no mencionado anteriormente por el que solicita la exención de esta evaluación para su hijo(a)):

_____

Si pide ser eximido de este requisito: ▶_____

Firma del padre/tutor ***Fecha***

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo(a) no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela *a más tardar el* 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).

La copia original de este formulario será guardada en el registro escolar del niño(a).