풀러턴 학군 **Fullerton School District**

구강 건강 평가표 **Oral Health Assessment Form**

캘리포니아 법(교육 법 섹션 49452.8)에 따라 귀하의 자녀는 공립학교 첫 번째 해의 5월 31일까지 치과 검진을 받아야 합니다. 자신의 진료 범위 내에서 활동하는 캘리포니아 유면허 치과 전문의가 검진을 수행하여 이 양식의 항목 2를 작성해야 합니다. 만약 자녀가 학교를 다니기 전 12개월 이내에 치과 검진을 받았다면, 검진을 받은 치과의사에게 항목 2의 작성을 요청하십시오. 귀 자녀가 치과 검진을 받지 못하는 경우에는, 항목 3을 작성해 주십시오.

이러한 검진은 치과의사의 주의를 요하는 치아 문제가 있는지 알려줍니다. 그리고 구강 건강 프로그램을 평가에도 사용이 됩니다. 아이들이 자신있게 말하고, 자신을 표현하고, 건강하고, 배울 준비가 되기 위해서는 구강 건강이 양호해야 합니다. 구강 건강이 좋지 못한 것은 낮은 학업 성취도, 좋지 않은 사회적 관계, 인생의 성공 감소와 연관이 있습니다. 이러한 방법으로 캘리포니아 아이들의 건강과 복지를 위하여 기여해 주셔서 감사드립니다.

항목 1: 아동 정보(학부모/보호자 작성) **Child's Information (Filled out by parent or guardian)**

아동의 이름 Child's First Name:	성 Last Name:	중간 이름 이니셜 Middle Initial:	아동의 생년월일 Child's birth date:
주소 Address:			아파트 Apt.:
시 City:			우편번호 ZIP code:
학교 이름 School Name:	교사 Teacher:	학년 Grade:	아동의 성별 Child's Sex: □ 남성 Male □ 여성 Female
학부모/보호자 성함 Parent/Guardian Name:	아동의 인종/민족Child's race/ethnicity: □ 백인White □ 흑인/아프리카계 미국인Black/African American □히스패닉/라틴계Hispanic/Latino □ 아시안 Asian □ 아메리카 원주민Native American □다인종Multi-racial □ 기타Other_____ □ 하와이 원주민/태평양 섬주민Native Hawaiian/Pacific Islander □ 모름Unknown		

항목 2: 구강 건강 정보(캘리포니아 유면허 치과 전문의 작성)주의: 각 문항 개별 확인, 각각 기입.**Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)** **IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately.Mark each box.

평가 날짜 Assessment Date:	치아우식증 경험 (가시적인 충치 그리고/또는 충전재 존재) Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) □ 네 Yes □ 아니요No	가시적 충치 여부 Visible Decay Present: □ 네 Yes □ 아니요 No	치료의 긴급도 Treatment Urgency: □ 명백한 문제가 발견되지 않음 No obvious problem found □ 초기 치과 치료 권장(통증이나 감염 없는 충치;또는 아동은 실란트(치아 틈을 메우기 위한 접착치료술)나 추후 검사로 혜택을 받을 수 있음 Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) □ 긴급 치료 필요(통증, 감염, 부종, 연조직 병변) Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)

_____ _____ _____

유면허 치과 전문의 서명 Licensed Dental Professional Signature ***캘리포니아 면허 번호 CA License Number*** ***날짜 Date***

항목 3: 구강 건강 검진 요구사항 면제(이 요구사항의 면제를 요청하는 학부모/보호자 작성)**Waiver of Oral Health Assessment Requirement (To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement)**

다음과 같은 이유로 제 아이를 치과 검진에서 제외시켜 주십시오:(이유를 가장 잘 설명하는 문항에 표시)
Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

□ 저는 제 아이의 치과보험을 수용하는 치과를 찾을 수 없습니다. 제 아이의 치과 보험은 다음과 같습니다:
I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is:
□ 메티-칼Medi-Cal □ 커버드 캘리포니아Covered California □ 헬시 키즈Healthy Kids □ 기타Other_____ □없음None

□ 저는 제 아이의 검진비를 감당할 수 없습니다. I cannot afford an assessment for my child.

□ 저는 치과에 갈 시간이 없습니다. (예, 일을 쉴 수 없음, 치과 시간에 맞추기 어려움)
I cannot find the time to get to a dentist (e.g., cannot get time off from work, the dental does not have convenient office hours)

□ 저는 치과로 이동하는 것이 쉽지 않습니다. (예, 교통편이 없음, 너무 멀리 위치해 있음)
I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).

□ 저는 이 검진이 제 아이에게 도움이 된다고 생각하지 않습니다. I do not believe my child would benefit from an assessment.

□ 기타(위에 열거되지 않은 검진 면제 요청 사유를 구체적으로 명시해 주십시오)
Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child):

_____

검진 면제를 요청하는 경우If asking to be excused from this requirement: ▶ _____

학부모 보호자 서명 Signature of parent or guardian *날짜* ***Date***

법에 따라 학교는 학생의 건강 정보를 비공개로 유지해야 합니다. 이 법으로 인하여 귀 자녀 이름은 어떤 보고서에도 포함되지 않습니다. 이 정보는 귀 자녀의 건강과 관련된 목적으로만 사용됩니다. 질문이 있으시면 학교로 문의해 주시기 바랍니다.

이 양식을 늦어도 자녀의 첫 학년도 5월 31일까지 학교로 제출해 주십시오.
원본은 학교 기록에 보관됩니다.