

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: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ <i>Licensed Dental Professional Signature</i>		_____ <i>CA License Number</i>	_____ <i>Date</i>

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.

Formulario de Evaluación de Salud Oral

La ley de California (*Sección 49452.8 del Código de Educación*) estipula que su estudiante debe tener un examen dental para el 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional dental licenciado en California dentro de su rama de estudio, debe hacer el examen y completar la sección 2 de este formulario. Si su estudiante ya tuvo un examen en los 12 meses antes de empezar la escuela, pedirle al dentista que complete la sección 1. Si no puede obtener un examen dental para su estudiante, completar la sección 3.

Sección 1: Información del estudiante (Completada por los padres o tutores)

Nombre del estudiante:	Apellido:	Inicial:	Fecha de nacimiento:
Dirección			Apto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del estudiante: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre de padres/tutores	Raza/etnicidad del estudiante: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano nativo <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Colección de datos dentales (Completada por el profesional dental de California)

AVISO IMPORTANTE: Considerar cada recuadro por separado. Marcar cada recuadro.

Fecha del examen:	Caries (Caries visibles o rellenos presentes) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Caries visibles presente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Urgencia del tratamiento: <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios. <input type="checkbox"/> Se recomienda cuidado dental preventivo. (Caries sin dolor o infección; o se beneficiaría de sellado o más evaluación). <input type="checkbox"/> Necesita cuidado urgente. (Dolor, infección, inflamación o lesiones en las encillas)
_____ Firma del Profesional dental Licenciado		_____ Número de Licencia de CA	_____ Fecha

Sección 3: Exención del Requisito de Evaluación de Salud Oral

Para ser completado por los padres o tutores pidiendo ser exentos de este requisito.

Por favor excusar a mi estudiante del examen dental porque: (Marcar el recuadro que mejor describa la razón).

- No puedo encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro dental de mi estudiante.
El seguro dental de mi estudiante es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
 - No puedo pagar un examen dental para mi estudiante.
 - Yo no quiero que mi estudiante reciba un examen dental.
- Opcional: otras razones que mi estudiante no puede recibir el examen dental: _____

Firmar si piden ser exentos de este requisito: ► _____
Firma de padres o tutores **Fecha**

La ley estipula que las escuelas deben mantener privada la información de salud estudiantil. El nombre de su estudiante no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información solamente se puede usar para el propósito relacionado con la salud de su estudiante. Si tienen alguna pregunta por favor llamar a la escuela.

Entregar este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año de escuela de su estudiante.
 Original para archivar en el registro escolar.