

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)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div>			
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.