

Formulario de Evaluación de la Salud Oral

La ley de California (*Código de Educación* Sección 49452.8) establece que su hijo debe tener un chequeo dental como parte de la inscripción al jardín infantil (o antes del primer grado si el estudiante no asistió al jardín infantil. 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 tuvo un chequeo dental en los 12 meses antes de que comenzara la escuela, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede obtener un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1: Información del Niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:	Apellido:nombre:	Inicial del segundo	Fecha de nacimiento del niño:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otra
Dirección:	Apto. #:	Ciudad:	Código postal:	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Padre / Tutor:	
Raza / etnia del niño:				
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Prefiero no declarar	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	

Sección 2: Recolección de Datos de Salud Oral (llenada por un profesional dental con licencia de California)

Fecha:	Experiencia de caries (caries / empastes / etc.)caries <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presencia Visible de Decaencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Urgencia del tratamiento:		
<input type="checkbox"/> No se encontró ningún problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda cuidado dental temprano (caries sin dolor o infección; o el niño se beneficiaría de selladores o evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, hinchazón o lesiones de tejidos blandos)		
Firma del profesional dental autorizado:	Fecha:	Sello:

Sección 3: Renuncia de Requisito de Evaluación de la Salud Oral:

Para que lo complete el padre o tutor que solicita ser excusado de este requisito,

Por favor disculpe a mi hijo del chequeo dental porque: (Marque la casilla que mejor describa la razón)

- ☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.
☐ No puedo pagar un chequeo dental para mi hijo.
☐ No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

☐ Medi-Cal / Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

Opcional: otras razones por las que mi hijo no pudo hacerse un chequeo dental: _____

Si solicita ser excusado de este requisito : ► _____

Firma del padre o tutor

Fecha

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.