

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)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 35%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>			
<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 la Salud Oral

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) declara que su hijo tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental titulado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del Niño (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño:
Domicilio:			Apto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental (Debe ser completada por un profesional de la salud dental titulado en California)

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

Assessment Date: <i>Fecha de la evaluación:</i>	Caries Experience <i>(Caries visibles y/o empastes)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Visible Caries Present: <i>Caries visibles presentes:</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <i>Urgencia de Tratamiento:</i> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <i>No se encontró ningún problema obvio</i> <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <i>Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección; o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional)</i> <input type="checkbox"/> Urgent Care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) <i>Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)</i>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> _____ Licensed Dental Professional Signature <i>Firma del profesional de salud dental matriculado</i> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> _____ CA License Number <i>Número de licencia de CA</i> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> _____ Date <i>Fecha</i> </td> </tr> </table>				_____ Licensed Dental Professional Signature <i>Firma del profesional de salud dental matriculado</i>	_____ CA License Number <i>Número de licencia de CA</i>	_____ Date <i>Fecha</i>
_____ Licensed Dental Professional Signature <i>Firma del profesional de salud dental matriculado</i>	_____ CA License Number <i>Número de licencia de CA</i>	_____ Date <i>Fecha</i>				

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

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

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

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

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

- No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.

- No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor
Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo 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. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo. El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.