

## Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by kindergarten or first grade, whichever is 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. (Assessment must be completed after September 1, 2018)

### 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"/> M <input type="checkbox"/> F
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)
_____ <b>Licensed Dental Professional Signature</b>		_____ <b>Date</b>	

### 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 upon enrollment.**

## Forma de Evaluación Dental

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que tu hijo o hija tenga un chequeo dental antes de comenzar kindergarten o de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se realizaron dentro del periodo de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. (Asesoramiento debe de ser completado después de Septiembre 1, 2018)

### Sección 1: Información del niño/a (Debe ser completada por el padre, la madre o guardián)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio: _____ Calle: _____		Apt.: _____	
Ciudad: _____		Código Postal: _____	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre del padre, madre o guardián:	Raza u origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericanos <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de la isla en el Pacifico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro _____		

### Sección 2: Información sobre Evaluación Dental (Deberá ser completado por el profesional dental que realice la evaluación)

**NOTA IMPORTANTE:** Considere cada caja por separado. Marcar cada caja.

Fecha de evaluación:	Caries visibles y/o amalgamas presentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Caries visibles presentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental <input type="checkbox"/> Se necesita atención de emergencia
_____		_____	
<b>Firma del Dentista Profesional</b>		<b>Date</b>	

### Sección 3: Excusa de No Realización del Requerimiento de Salud Dental

(Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser excusado de este requerimiento)

Solicito que mi hijo o hija sea excusado del requerimiento de Salud Dental para Ingreso Escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo/a. Mi hijo/a esta cubierto con el seguro:  Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  Other \_\_\_\_\_  Ninguno
- No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo/a.
- No quiero que mi hijo/a reciba un chequeo dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no obtuvo un chequeo dental: \_\_\_\_\_

**Si Ud. Solicita ser excluido de este requerimiento favor de firmar:** \_\_\_\_\_  
*Firma de padre o guardián* *Fecha*

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo o hija no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requerimiento. Si tiene cualquier pregunta sobre este requerimiento, por favor contacte la oficina de la escuela.

**Regrese esta forma a la escuela al tiempo de la registración.**