

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, 2022)

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: ☐ M ☐ F
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Other _____ ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ 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) ☐ Yes ☐ No	Visible Decay Present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
Licensed Dental Professional Signature & Stamp			Date

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, 2022)

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: ☐ M ☐ F
Nombre del padre, madre o guardián:	Raza u origen étnico del menor: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericanos ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio Nativo Americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Multi-racial ☐ Nativo de Hawai o de la isla en el Pacífico ☐ Desconocido ☐ 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 ☐ Si ☐ No	Caries visibles presentes ☐ Si ☐ No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> ☐ No se encontraron problemas obvios ☐ Se recomienda atención dental ☐ Se necesita atención de emergencia
<i>Firma del Dentista Profesional y estampa</i>		<i>Fecha</i>	

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.