

Keep this with your child's immunization record (yellow card)!

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 of public school. A California licensed dental professional operating within their 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 Gender: <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"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (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 (<i>Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation</i>) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (<i>pain, infection, swelling or soft tissue lesions</i>)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"> Licensed Dental Professional Signature CA License Date </div>			

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: *(Please 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 an oral health assessment for my child.
- I do not wish my child to receive an oral health assessment.
- Other reasons my child did not get a dental check-up: _____

If requesting 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 a 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.

¡Mantenga esta forma con la tarjeta de vacunas de su niño(a) (tarjeta amarilla)!

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La Ley de California (Código de Educación Sección 49452.8) establece que tu hijo(a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo(a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo(a), llena la sección 3.

Sección 1: Información del niño(a) *(Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)*

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Apartamento:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u 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"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental

(Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha del examen:	Experiencia con Caries (Daño visible/ amalgamas presentes): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Daño visible presente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia del tratamiento: <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronto. (Caries sin dolor o infección, o el niño(a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
Firma del profesional dental con licencia			Número de licencia de California
			Fecha

Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental

Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento

Por favor excuse a mi hijo(a) de la evaluación dental debido a la siguiente razón: *(Marque el espacio que mejor describe la razón)*

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).
 Mi hijo está cubierto con el seguro: Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids
 Ninguno Otro _____

No me alcanza pagar por la evaluación dental de mi hijo(a).

No quiero que mi hijo(a) reciba una evaluación dental.

Otras razones por las cuales mi hijo(a) no puede obtener una evaluación dental: _____

Si pides una excusa de este requerimiento: ► _____
Firma del padre o tutor *Fecha*

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo(a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tienes preguntas, por favor llama a su escuela.

Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).

El original debe de ser incluido en el archivo escolar de su hijo(a).