

Kindergarten Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of their first year in 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 they 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"/> Asian <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <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)
_____		_____	
Licensed Dental Professional Signature		CA License Number	

		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 Dental Program Other: _____ None

I cannot afford an oral health screening for my child.

I do not want my child to receive an oral health screening.

Optional: other reasons my child could not get an oral health screening: _____

Please sign if asking to waive Oral Health Assessment 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 contact your school office.

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.

County of San Diego, Health and Human Services Agency, Public Health Services, Maternal, Child, and Family Health Services
For more information, please call (619) 692-8858



Forma de Evaluación Preescolar de Salud Oral

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) requiere que su hijo/a se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado 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/a 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/a, complete la Sección 3.

Sección 1: Información del niño/a (debe ser llenada por el padre/la madre/el tutor)

Primer nombre del niño/a:	Apedillo del niño/a:	Inicial del Segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño/a:
Domicilio:			Apto.:
Cuidad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Grado:	Sexo del niño/a: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/la madre/el tutor:	Raza u origen étnico (____): <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas de Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Negro/Africano		

Sección 2: Información de salud dental (Debe ser llenada por un profesional de la salud dental matriculado de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla que corresponda para cada sección.

Fecha de la evaluación / Assessment Date:	Incidencia de caries (caries visibles y o empastes presentes) / Caries Experience (Visible decay and/or fillings present): <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No	Caries visibles presentes / <i>Visible decay present</i> : <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No	Urgencia de tratamiento: <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio / <i>No obvious problem found</i> <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección; o el niño/a de beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) / <i>Early dental care recommended (Caries without pain or infection, or child would benefit from sealants or further evaluation)</i> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) / <i>Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions)</i> .
<hr/> Licensed Dental Professional Signature / Firma del profesional dental matriculado			<hr/> CA License Number
			<hr/> Date

Sección 3: Exención del requisito de evaluación de salud dental

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

Solicito que me hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que mejor indique la razón)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan del seguro dental de mi hijo/a.
El plan de seguro dental de mi hijo/a es:
 Medi-Cal Dental Program Otro: _____ Ninguna

No puedo pagar el chequeo dental de me hijo/a.
 No quiero que a mi hijo/a se le haga un chequeo dental.
 Opcional: otras razones por las cuales mi hijo/a no pudo obtener un chequeo dental: _____

Por favor firme si pide ser eximido del requisito de recibir la evaluación de salud dental: _____

Firma del padre/la madre/el tutor **Fecha**

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo/a 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/a. 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/a.

El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

