

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (*Código de Educación* Sección 49452.8) establece que su hijo(a) debe recibir una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional dental licenciado en California necesita realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 en este formulario. Si su hijo(a) ha recibido una evaluación dental en los últimos 12 meses antes del inicio de la escuela, pida que su dentista llene la sección 2 de este formulario. Si su hijo(a) no puede recibir una evaluación dental, llene la sección 3.

Sección 1: Información del niño(a) (Llene padre o Tutor)

Primer nombre del niño(a):	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento: / /
Domicilio:			Apartamento:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor:	Raza u origen étnico del niño(a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Llene un profesional de salud licenciado en California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada pregunta de forma separada. Marque su respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de evaluación:	Deterioro visible y/o amalgamas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deterioro visible actualmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda cuidado dental preventivo. <small>(Caries sin dolor o infección, se beneficiara de sellador o una evaluación más profunda)</small> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación lesiones en el tejido blando)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Firma del profesional dental con licencia Numero de licencia de California Fecha </div>			

Sección 3: Petición para disculpar el requisito de evaluación dental

El padre o tutor necesita llenar esta sección para solicitar la excusa de este requisito

Por favor de disculpar a mi hijo(a) de la evaluación dental debido a: (Marque la opción que mejor describa su razón)

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).
El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:

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

- No puedo pagar la evaluación dental de mi hijo(a).

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

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo(a) no puedo recibir una evaluación dental:

Si pide una excusa de este requisito: _____
Firma del padre o tutor

Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la información de salud de los estudiantes privado. El nombre de su hijo(a) no formara parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información será utilizada con propósito relacionados con la salud de su hijo(a) exclusivamente. Si tiene preguntas por favor llame a su escuela.

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

Forma original se mantendrá en el archivo estudiantil de la escuela.