

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 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.

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"/> 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)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <i>Licensed Dental Professional Signature</i> <i>CA License Number</i> <i>Date</i> </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: (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 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 no later than May 31 of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

If your child has Medi-Cal/ Denti-Cal: Call Dientes at 831 464-5409 or Salud Para La Gente at 831-728-0222 for an appointment. Tell the receptionist that your child needs a "dental check-up for school" for a faster appointment date.

Formulario de Evaluación de la Salud Oral

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) exige que su hijo/a tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental con licencia 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 obtener un chequeo dental para su hijo/a, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por los padres o el guardián)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de los padres o guardián:	Raza/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"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: Debe ser completada por un profesional de la salud dental con licencia de California

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Fecha de la evaluación:	Incidencia de caries (Caries visibles y/o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caries visibles presentes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia de tratamiento: <input type="checkbox"/> No se encontró un problema evidente <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará de sellantes dentales o de una evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita atención dental urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)
<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Firma del profesional de salud dental certificado			<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Número de licencia de CA
			<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Fecha

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud oral

Debe ser completado por los padres o el guardián que solicita que su hijo/a sea excusado de este requisito.

Solicito que mi hijo/a sea excusado de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo):

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo/a. El plan de seguro dental de mi hijo/a es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Otro: _____ Ninguno
- No puedo pagar por el chequeo dental de mi 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: _____



Firma de los padres o guardián

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.

Si su hijo/a tiene Medi-Cal/Denti-Cal, por favor llame a Dientes al 831 464-5409 o a Salud Para La Gente al 831-728-0222. Para una cita rápida, menciona que su niño necesita un "examen dental para la escuela".