



CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Formulario de Evaluación de la Salud Oral

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su estudiante 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 estudiante 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, complete la Sección 3.

Sección 1: Información del Estudiante (debe ser completada por el padre, la madre o guardián)

Primer Nombre del Estudiante:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del estudiante:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Género del Estudiante: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario
Nombre del padre/madre/tutor:	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 matriculado 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"/> Ningún problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)
_____ Firma del Profesional de Salud Dental			_____ Número de Licencia de CA
			_____ Fecha

Sección 3: Exención del requisito de evaluación de salud dental

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

Solicito que mi estudiante sea eximido 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 estudiante. El plan de seguro dental de mi estudiante es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno__
- No puedo pagar el chequeo dental de mi estudiante.
- No quiero que a mi estudiante se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi estudiante no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo 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. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del Kinder o primer grado, el que sea su primer año en la escuela pública. El original de este formulario será guardado en el registro escolar del estudiante.