Formulario de Evaluación de la Salud Bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo 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 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 menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

	ore 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: □ Masculino □Femenino	
	padre/madre/tutor:	□ Blanco □ Indio □ □ Nativo de	Raza/origen étnico del menor: □ Blanco □ Negro/Afroamericano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Indio nativo americano □ Multirracial □ Otro □ Nativo de Hawai/islas del Pacífico □ Desconocido debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de			
California						
Fecha de la	RTANTE: Considere cada Incidencia de caries	Casilla por separa	Urgencia de Tratamiento).		
evaluación:	(Caries visibles y/o	visibles presentes:	□ Ningún problema obvio			
	empastes presentes)	presentes.	☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección			
	□Sí		o el niño se beneficiará o adicional)	del sellador dent	al o de una evaluación	
	□ No	□ Sí	1	ıraente (dolor. in	fección, inflamación o lesiones	
		□ No	del tejido blando)			
Firma del Pre	ofesional de Salud Dei	ntal	Número de Lic	encia de CA	Fecha	
Sección 3. Exe	ención del requisito de e	valuación de sal				
Sección 3. Exe Debe ser com	ención del requisito de e pletado por el padre. la r	valuación de salı nadre o el tutor o	ud dental	sea eximido de	este requisito.	
Sección 3. Exe Debe ser com Solicito que mi	ención del requisito de e pletado por el padre. la r hijo sea eximido de este c	valuación de salunadre o el tutor o el tutorio dental que a	ud dental que solicita que su hijo/a	sea eximido de e describa el mo	este requisito.	
Sección 3. Exe Debe ser com Solicito que mi	ención del requisito de e pletado por el padre. la r hijo sea eximido de este d puedo encontrar un consu le seguro dental de mi hijo	valuación de salo nadre o el tutor de rhequeo dental po ltorio dental que a es:	ud dental que solicita que su hijo/a rque: (marque la casilla qu	sea eximido de e describa el mo ntal de mi hijo. E	este requisito.	
Sección 3. Exe Debe ser com Solicito que mi	ención del requisito de e pletado por el padre. la r hijo sea eximido de este d puedo encontrar un consu le seguro dental de mi hijo	valuación de salunadre o el tutor o chequeo dental po ltorio dental que a es:	ud dental que solicita que su hijo/a rque: (marque la casilla qu cepte el plan de seguro de	sea eximido de e describa el mo ntal de mi hijo. E	este requisito. otivo) El plan	
Sección 3. Exe Debe ser com Solicito que mi	ención del requisito de e pletado por el padre. la r hijo sea eximido de este d puedo encontrar un consu le seguro dental de mi hijo mundo de la	valuación de salunadre o el tutor o el tutor o el tutor o el tutor o el tutorio dental que a es: Healthy Families ental de mi hijo.	ud dental que solicita que su hijo/a rque: (marque la casilla qu cepte el plan de seguro de	sea eximido de e describa el mo ntal de mi hijo. E	este requisito. otivo) El plan	
Sección 3. Exe Debe ser com Solicito que mi No p	ención del requisito de e pletado por el padre. la n hijo sea eximido de este d puedo encontrar un consu le seguro dental de mi hijo Medi-Cal/Denti-Cal puedo pagar el chequeo d quiero que a mi hijo se le h	valuación de salunadre o el tutor o chequeo dental que a es: Healthy Families ental de mi hijo.	ud dental que solicita que su hijo/a rque: (marque la casilla qu cepte el plan de seguro de	sea eximido de e describa el mo ntal de mi hijo. E Otro	este requisito. etivo) El plan □ Ninguno	
Sección 3. Exe Debe ser com Solicito que mi No p d No p	ención del requisito de e pletado por el padre. la n hijo sea eximido de este d puedo encontrar un consu le seguro dental de mi hijo Medi-Cal/Denti-Cal puedo pagar el chequeo d quiero que a mi hijo se le h	valuación de sala nadre o el tutor o chequeo dental po ltorio dental que a es: nalthy Families ental de mi hijo. naga un chequeo o cuales mi hijo no p	ud dental que solicita que su hijo/a rque: (marque la casilla qu cepte el plan de seguro de	sea eximido de e describa el mo ntal de mi hijo. E Otro	este requisito. etivo) El plan □ Ninguno	

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

Regrese este formulario a la escuela *antes* del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.