



## Formulario de Evaluación de Salud Bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) requiere que todos los niños se hagan un chequeo dental (evaluación) antes del 1 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California debe completar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede obtener un chequeo dental para su hijo, llene el Formulario de Exención de Requisito de Evaluación de Salud Bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y listos para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito más adelante en la vida. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

### Sección 1: Información del Niño/a (Completado por un padre/tutor)

Primer Nombre del Niño/a:	Apellido:	Inicial de 2do Nombre	Fecha de Nacimiento: MM – DD – YYYY										
Dirección:			Apt.:										
Ciudad:		Código Postal: 											
Nombre de la Escuela:	Maestro/a:	Grado:	Año que empieza kindergarten:   Y   Y   Y   Y										
Primer Nombre del Padre/Tutor:	Apellido del Padre/Tutor:		Género: M      F										
Etnia/Raza del Niño/a:	<table><tr><td><input type="checkbox"/> Blanco</td><td><input type="checkbox"/> Nativo Americano</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano</td><td><input type="checkbox"/> Multirracial</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hispano/Latino</td><td><input type="checkbox"/> Nativo Islas Hawaianas Pacíf.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Asiático</td><td><input type="checkbox"/> Desconocido</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Otro(por favor especifique)</td><td></td></tr></table>			<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Nativo Islas Hawaianas Pacíf.	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro(por favor especifique)	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano												
<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial												
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Nativo Islas Hawaianas Pacíf.												
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido												
<input type="checkbox"/> Otro(por favor especifique)													

*Continúa en la Siguiente Página*

**Sección 2: Recopilación de Datos de Salud Bucal (Completado por un profesional dental con licencia de California)**

**IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:  MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present)  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present)  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="radio"/> <b>No obvious problem found</b> <input type="radio"/> <b>Early dental care recommended</b> (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="radio"/> <b>Urgent care needed</b> (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)		
<div style="text-align: right; margin-right: 100px;">MM – DD – YYYY</div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 35%; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%; display: inline-block;"></div> </div> <div> <div style="display: inline-block; width: 35%;">Licensed Dental Professional Signature</div> <div style="display: inline-block; width: 30%;">CA License Number</div> <div style="display: inline-block; width: 30%;">Date</div> </div>		

\*Check “Yes” for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings  
 Check “No” for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

**Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)**

Parent notified that child has urgent dental care need on:	MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	MM – DD – YYYY
Did child receive needed treatment? <input type="radio"/> <b>Yes</b> <input type="radio"/> <b>No</b> (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) <input type="radio"/> <b>I don't know</b>	

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a la oficina de salud de su escuela.

**Devuelva este formulario a la oficina de salud escolar a más tardar el 1 de mayo del primer año escolar de su hijo.**

**Documento original que se conservará en el registro escolar del niño.**