

## Oral Health Assessment Form

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;"> <span>_____</span> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><i>Licensed Dental Professional Signature</i></span> <span><i>CA License Number</i></span> <span><i>Date</i></span> </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     Healthy Families     Healthy Kids     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.

*Original to be kept in child's school record.*

## Formulario de evaluación de la salud bucal

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)**

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 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**

Fecha de la evaluación: <small>[Assessment Date:]</small>	Caries visibles y/o empastes presentes <small>[Visible decay and/or fillings present]</small> <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes: <small>[Visible Decay Present:]</small> <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: <small>[Treatment Urgency:]</small> <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <small>[No obvious problem found]</small> <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana <small>[Early dental care recommended]</small> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente <small>[Urgent care needed]</small>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b>  <small>[Licensed Dental Professional Signature]</small> </td> <td style="width: 33%; border: none; text-align: center;"> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Número de matrícula de CA</b>  <small>CA License Number</small> </td> <td style="width: 33%; border: none; text-align: right;"> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Fecha</b>  <small>[Date]</small> </td> </tr> </table>				<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b> <small>[Licensed Dental Professional Signature]</small>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Número de matrícula de CA</b> <small>CA License Number</small>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Fecha</b> <small>[Date]</small>
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b> <small>[Licensed Dental Professional Signature]</small>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Número de matrícula de CA</b> <small>CA License Number</small>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <b>Fecha</b> <small>[Date]</small>				

### **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 hijo 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 hijo.  
El plan de seguro dental de mi hijo es:  
 Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno
  - No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
  - No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo 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.

*El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.*