

SANTA MONICA-MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Forma de Evaluación de Salud Oral

La ley de California (*Código de Educación Sección 49452.8*) establece que su niño(a) debe tener un examen dental para el 31 de mayo de su primer año en escuela pública. Un profesional dental con licencia de California operando dentro de su campo de práctica debe llevar a cabo el examen y llenar la Sección 2 de esta forma. Si su niño(a) ha tenido un examen en los 12 meses antes de que el/ella empezara la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2. Si no puede obtener un examen dental para su niño(a), llene la Sección 3.

Sección 1: Información del niño(a) (Llenada por el padre/tutor)

Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento del Niño:
Dirección:			Apt:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo del Niño: Masculino () Femenino ()
Nombre del Padre/Tutor:	Raza/Etnicidad del Niño: White Multi-racial Otro Child=s race/ethnicity: <input type="checkbox"/> Asiático Indio <input type="checkbox"/> Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Colección de Datos de Salud Oral (Llenado por profesional dental licenciado de California)

ANUNCIO IMPORTANTE: Considera cada caja separadamente. Marque cada caja.

Fecha de Evaluación:	<u>Experiencia de Caries</u> (Deterioro visible y/o rellenos presentes) Si () No ()	Deterioro Visible <u>Presente:</u> Si () No ()	<u>Urgencia de Tratamiento:</u> () No se encontró problema obvio () Se recomienda cuidado dental pronto (Caries sin dolor o infección o el niño se beneficiaría de sellantes o evaluación adicional () Cuidado Urgente necesario (dolor, infección, hinchazón o lesiones de tejido suave)
Firma del Profesional Dental Profesional Licenciado			Número de Licencia de California
			Fecha

Sección 3: Renuncia de Requisito de Evaluación de Salud Oral

(Para llenarse por el padre o tutor pidiendo ser justificado por este requisito)

Por favor justifique a mi niño(a) de este examen dental porque: (Marque la caja que describa mejor la razón)

- () No puedo encontrar una oficina dental que tome el plan de seguro dental de mi niño.
 El plan de seguro dental de mi niño es:
 () Med-Cal/Den-Cal () Healthy Families () Healthy Kids () Otro () Ninguno
- () No puedo permitirme un examen dental para mi niño.
 () No quiero que mi niño reciba un examen dental.
 Opcional: Otros motivos por los que mi niño no podría conseguir un examen dental:

Si está pidiendo ser justificado de este requisito: < _____ Fecha: _____
Firma del Padre/Tutor

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud del estudiante. El nombre de su niño(a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley, Esta información solo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de su niño(a). Si tiene preguntas, por favor llame a la escuela.

El original se mantiene en el archivo escolar de su niño(a).