

Formulario de Evaluación de la Salud Bucal (Dental)

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) dice que todos los niños deben de tener un chequeo dental (evaluación) antes del 31 de Mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California debe realizar el examen y completar (llenar) la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un examen dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que llene la Sección 2. Si no puede obtener un examen dental para su hijo(a), llene el Formulario de exención del requisito de evaluación de salud oral que se encuentre separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que requiere la atención de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar saludables y listos para aprender. La falta de cuidado de la salud bucal se ha relacionado con un rendimiento escolar más bajo, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicia del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor MM – DD – YYYY
Dirección:			Apt.:
Ciudad:		Código postal:	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el jardín de infantes: Y Y Y Y
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:		Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino
Raza/origen étnico del menor:	☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Otro (Por favor especifica) ☐ Indio nativo americano ☐ Multirracial ☐ Nativo de Hawai/islas del Pacífico ☐ Desconocido		

Continúa en la siguiente página

Sección 2. Información de Salud Bucal: Debe ser completada por un profesional de la salud bucal matriculado/a de California.

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Fecha de la evaluación MM – DD – YYYY	Caries dental que no han sido tratados (Los visibles presentes): ☐ Si ☐ No	*Incidencia de caries (Caries visibles y/o empastes presentes) ☐ Si ☐ No
Urgencia de tratamiento: ☐ Ningún problema obvio ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)		
MM – DD – YYYY Firma del profesional de salud dental matriculado Número de matrícula de CA Fecha		

*Marque "Sí" para la experiencia de caries si hay presencia de caries o empastes no tratados
Marque "No" para la experiencia de caries si no hay caries no tratadas ni empastes.

Sección 3: Cuidado de Seguimiento de Urgencia (Llenado por la entidad responsable del seguimiento)

El padre notificó que el niño necesita atención dental urgente el:	MM – DD – YYYY
Se programó una cita de seguimiento para este niño para:	MM – DD – YYYY
¿Recibió la niña/el niño el tratamiento necesario?	☐ Si ☐ No (Si la respuesta es no, se alentará a la entidad responsable del seguimiento a que vuelva a consultar con los padre.) ☐ No sé

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.

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

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