Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) dice que todos los niños deben 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 control y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un control dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que llene la Sección 2. Si no puede obtener un control dental para su hijo, llene el Formulario de exención del requisito de evaluación de salud oral por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que requiera la atención de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud oral para hablar con confianza, expresarse, estar saludables y listos para aprender. La mala 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 niño (completada por el padre o tutor)

El primer nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño:
Dirección física:			Apt.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza kindergarten:
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:		Sexo del niño: ☐ Masculino ☐ Femenina
Raza/etnicidad del niño:	☐ Caucásico ☐ Negro / Afroamericano ☐ Hispano / Latino ☐ Asiático ☐ Otro (por favor especifique)	☐ Nativo Americano ☐ Multi-racial ☐ Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico ☐ Desconocido	

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Recopilación de datos de salud oral (completada por un profesional dental con licencia de California)

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

Fecha de evaluación:	Deterioro no tratado (presente deterioro visible) ☐ Sí ☐ No	Experiencia de caries (Caries visible y/o empastes presentes) ☐ Sí ☐ No
Treatment Urgency: ☐ **No se encontró ningún** ☐ **Se recomienda cuidado dental temprano** (caries sin dolor ni infección; o el niño lo haría beneficio de selladores o evaluación adicional) ☐ **Atención urgente necesaria (dolor,** infección, hinchazón o tejido blando lesiones)		
_____ ***Firma del profesional dental autorizado***	_____ ***Número de licencia 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.

Apartado 3: Seguimiento a la Atención de Urgencias (Llenado por entidad responsable del seguimiento)

El padre notificó que el niño necesita atención dental urgente el:	_ _
Se ha programado una cita de seguimiento para este niño para:	_ _
¿Recibió el niño el tratamiento necesario?	☐ **Sí** ☐ **No** (Si no, la entidad responsable del seguimiento será Animado a volver a consultar con los padres) ☐ **No sé**

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará 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 su escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

Original para conservar en el registro escolar del niño.