

## Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. 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)

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

Fecha de la evaluación:	Incidencia de caries (empastes presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caries visibles presentes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia de tratamiento: <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)
-------------------------	--	---	---

_____ <b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b>	_____ <b>Número de matrícula de CA</b>	_____ <b>Fecha</b>
---	---	-----------------------

### 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.

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