

DENTAL EXAM FORM (ORAL HEALTH ASSESSMENT) EVALUCIÓN DE LA SALUD BUCAL

California law, Education Code Section 49452.8, now requires that your child have a dental exam (oral health assessment) by May 31 of the kindergarten year. The law specifies that a licensed dentist must perform the assessment or other licensed or registered dental health professional. Dental exams that have happened within the 12 months before your child enters kindergarten meet this requirement. If you cannot take your child for this assessment, you may be excused from this requirement by requesting and completing a waiver form.

Ley de California, Código de Educación Sección 49452.8 requiere que su hijo(a) reciba una evaluación bucal en u antes del 31 de Mayo del año en el Kindergarten. La ley especifica que un dentista licenciado debe de ejecutar la evaluación u cualquiera otra persona registrado u con licencia profesional de salud dental. Una evaluación bucal, hecha dentro de 12 meses antes de que su hijo(a) entre al Kindergarten completa este requerimiento. Si no puede llevar a su hijo(a) para esta evaluación, usted puede llenar la Sección 3 de este formulario para la renuncia voluntaria.

Section 1 (Sección 1) To be completed by the parent or guardian *Debe ser completado por el padre u guardián*

Child's First Name/Nombre:	Last Name/Apellido:	Middle Initial/Inicial:	Birth date/ Fecha de nacimiento:
Address/Dirección			Apt:
City/Ciudad			ZIP code/Zona postal
School/Escuela:	Teacher/Maestro	Grade/Grado	Child's Gender/Sexo ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenina
Parent-Guardian/Padre-Guardián	Child's race/ethnicity- Étnico/raza del niño(a) ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ American Indian ☐ Alaska Native ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Multi-racial ☐ Unknown		

Section 2 Oral Health Data Collection To be completed by the dental professional conducting the assessment *(Completado por el Dentista ejecutando la evaluación)*

Assessment Date:	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> ☐ Yes ☐ No	<u>Visible caries present:</u> ☐ Yes ☐ No	<u>Treatment Urgency:</u> ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended ☐ Urgent care needed
------------------	---	---	---

Dental professional's signature

Date

Return this form to the school by as soon as possible-final deadline May 31st.

Dental Office Stamp

Waiver of Oral Health Assessment Requirement
(Renuncia para el Requerimiento de la Evaluación Oral)
To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement
Esto necesita ser llenado por el padre o guardián solicitando la renuncia voluntaria

I request that my child be excused from the oral health assessment requirement for the following reason" (Please check the box that best describes the reason.)

Solicito que mi hijo(a) sea disculpado del requerimiento de la evaluación bucal por la siguiente razón. (Por favor marque la caja que describe la razón.)

- I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan. *No encuentro una oficina dental que acepta el plan de seguro de mi hijo(a)*
My child is covered by the following insurance plan (*Mi hijo(a) tiene la siguiente plan de seguro*):
 - Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids
 - None/Ninguno ☐ Other/Otro
- I cannot afford an oral health assessment for my child. *No tengo medios para pagar por una evaluación bucal para mi hijo(a).*
- I do not wish my child to receive an oral health assessment. *NO quiero que mi hijo(a) reciba una evaluación bucal.*

Optional (*Opcional*): other reasons my child could not get an oral health assessment (*otras razones por cual mi hijo(a) no ha podido tener una evaluación bucal*):

California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement. If you have any questions about this requirement, please contact your office.

Ley de California requiere que las escuelas reserven la información de salud del estudiante privada. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido por el resultado de este requerimiento. Si tiene alguna pregunta sobre este requerimiento, por favor llame a la oficina de la escuela.

Signature of parent or guardian
Dental assessment

Date

Return this form to the school by May 31

Devuelva este formulario a la escuela en u antes del 31 de Mayo

Original to be retained in child's school record

Original será retenido en los archivos escolares del niño(a)