

Oral Health Assessment Form

Keep this form with your child's immunization record (yellow card)

California law (Education Code Section 49452.8) states that your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his/her scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up within the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name: _____ Child's Last Name: _____ Middle Initial: _____ Child's Date of Birth: _____
Address: _____ City: _____ Zip Code: _____
School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____ Child's Sex (select one):
 Male Female
Parent/Guardian Name: _____ Child's Race/Ethnicity (select one):
 White Black/African American Hispanic/Latino Asian
 Native Hawaiian/Pacific Islander Native American More than one race
 Unknown Other (specify): _____

Section 2: Oral Health Information (Filled out by California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately – mark the appropriate field in **each** box.

Assessment Date: _____ Caries Experience/ Fillings present (select one): Yes No Visible decay present (select one): Yes No Treatment urgency (select one):
 No obvious problem found
 Early dental care recommended (caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)
 Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions)

Licensed Dental Professional Signature: _____ CA License Number: _____ Date: _____
Provider/Clinic Name: _____ Phone: _____ Fax: _____

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement (Filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement)

Please excuse my child from the dental check-up because (select one that best describes the reason):

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is (select one): Medi-Cal/Denti-Cal Other None
- I cannot afford a dental check-up for my child.
 I do not want my child to receive a dental check-up.
 Other reason (specify): _____

Please sign if asking to be excused from the oral health assessment requirement: _____
Signature Date

The law states that school must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have any questions, please contact your school office.

Return this form to school by May 31 of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

County of San Diego, Health and Human Services Agency, Public Health Services, Maternal, Child, and Family Health Services
For more information, please call (619) 692-8808



LIVE WELL
SAN DIEGO

Child Health and Disability Prevention Program
MCFHS/OHA/ES 01/2015

Formulario de Evaluación de Salud Dental

Mantenga esta forma con la tarjeta de vacunas de su niño(a) (Tarjeta Amarilla)

La Ley de California (Código de Educación Sección 49452.8) establece que tu hijo(a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo(a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo(a), llena la sección 3.

Sección 1: Información del niño(a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)

Primer nombre del niño(a): _____	Apellido: _____	Inicial del Segundo nombre: _____	Fecha de nacimiento del niño(a): _____
Domicilio: _____	Cuidad: _____	Codigo Postal: _____	
Nombre de la escuela: _____	Maestro(a): _____	Grado: _____	Sexo (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor: _____	Raza u origen étnico del niño (seleccione uno):		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	

Sección 2: (Filled out by California licensed dental professional) (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately – mark the appropriate field in **each** box.

(NOTA IMPORTANTE: Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente)

Assessment Date (Fecha de la evaluación): _____	Caries experience/ Fillings present (Experiencia con caries/amalgamas presentes): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible decay present (Daño visible presente): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment urgency (Urgencia del tratamiento): <input type="checkbox"/> No obvious problem found (no se encontraron problemas obvios) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) (se recomienda atención dental pronta) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions) (necesita atención urgente)
Provider/Clinic Name (Imprima el nombre del Proveedor/ Oficina): _____	Phone (Número de Teléfono): _____	Fax (Número de Fax): _____	
Licensed Dental Professional Signature Firma del profesional dental con licencia): _____	CA License Number (Número de licencia de California): _____	Date (Fecha): _____	

Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental (Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento)

Por favor excuse a mi hijo(a) de la evaluación dental debido a (Marca el espacio que mejor describe la razón):

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).
El plan de seguro dental de mi hijo(a) es: Medi-Cal/Denti-Cal Otro Ninguno
- No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo(a).
- No quiero que mi hijo(a) reciba una evaluación dental.
- Otras razones por las cuales mi hijo(a) no puede recibir una evaluación dental: _____

Si pides una excusa de este requerimiento: _____
Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo(a) no sera parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información solo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo(a). Si teienes preguntas por favor llama a tu escuela.

Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de tu hijo(a).

El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo(a).

County of San Diego, Health and Human Services Agency, Public Health Services, Maternal, Child, and Family Health Services
For more information, please call (619) 692-8808



LIVE WELL
SAN DIEGO

Child Health and Disability Prevention Program
MCFHS/OHA/ES 01/2015