

## 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:   _ _ _ _ _
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:	Sexo del menor:  <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza/origen étnico del menor:	<input type="checkbox"/> Blanco <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Indio nativo americano</span> <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Multirracial</span> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico</span> <input type="checkbox"/> Asiático <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Desconocido</span> <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifica)		

*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):  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	*Incidencia de caries (Caries visibles y/o empastes presentes)  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Urgencia de tratamiento: <input type="radio"/> <b>Ningún problema obvio</b> <input type="radio"/> <b>Se recomienda atención dental temprana</b> (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional)      ..... <input type="radio"/> <b>Se necesita atención urgente</b> (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)		
Firma del profesional de salud dental matriculado		Número de matrícula de CA
		MM – DD – YYYY 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?	<input type="radio"/> <b>Si</b> <input type="radio"/> <b>No</b> (Si la respuesta es no, se alentará a la entidad responsable del seguimiento a que vuelva a consultar con los padre.) <input type="radio"/> <b>No sé</b>

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.**