

Oral Health Assessment Form

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment *before* May 31 in kindergarten or first grade, whichever is his or her first year of public school. The law specifies that the assessment must be performed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. Oral health assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. If you cannot take your child for this assessment, you may be excused from this requirement by filling out Section 3 of this form.

Section 1

To be completed by the parent or guardian

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Unknown		

Section 2

Oral Health Data Collection

To be completed by the dental professional conducting the assessment

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

_____ *Dental professional's signature*

_____ *Date*

Section 3

Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement

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.)

- I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan.
 My child is covered by the following insurance plan:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids None
 Other _____

- I cannot afford an oral health assessment for my child.
- I do not wish my child to receive an oral health assessment.

Optional: other reasons my child could not get an oral health assessment: _____

If requesting to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian *Date*

Return this form to the school *before* May 31 - Original to be retained in child's school record.

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 school office.

Requisito de evaluación

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo al chequeo dental, podrá obtener una exención para este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

Sección 1

Deberá 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 (número):	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u 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"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Section 2: Oral Health Data Collection

To be completed by the dental professional conducting the assessment

(Información de Salud Dental - a ser completado por el profesional dental)

Assessment Date: <i>(fecha de evaluación)</i>	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i> <i>(caries visibles y/o empastes presentes)</i>	<u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i> <i>(caries visibles presentes)</i>	<u>Treatment Urgency (urgencia de tratamiento):</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <i>(ningún problema obvio)</i> <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <i>(se recomienda atención dental)</i> <input type="checkbox"/> Urgent care needed <i>(se necesita atención urgente)</i>
--	--	---	---

Dental professional's signature
Firma del profesional de salud dental

Date
fecha

Sección 3

Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito de evaluación de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.

Mi hijo está cubierto con el seguro: Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno Otro

No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo.

No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si solicita ser excusado de cumplir con este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor ***Fecha***

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor contacte a la oficina de la escuela.

Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo - El original será guardado en el registro escolar del menor.