

Oral Health Assessment Form

Section #1:

(To be completed by the parent or guardian.)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:		City:	Zip code:
School Name:	Teacher:		Grade:
Parent/Guardian Name:			

Section #2:

Oral Health Data Collection

(To be completed by the dental professional conducting the assessment.)

Assessment Date:	<u>Visible 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*

_____ *Print Dental professional's name*

_____ *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: _____

_____ *Signature of parent or guardian*

_____ *Date*

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.

Formulario de Evaluación de la Salud Oral

Sección #1:

(Debe ser completado por los padres o guardián.)

Nombre del Niño:	Apellido:	Medio Inicial(si tiene):	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):		Grado:
Nombre del Padre/Madre/Guardián:			

Sección #2:

Colección de Datos Dentales

(Esta porción será completado por el profesional dental llevando a cabo esta evaluación.)

Fecha de Evaluación:	<u>Empastes Visibles:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Caries Visibles:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia de Tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No hubo problemas notables <input type="checkbox"/> Temprano cuidado dental recomendado <input type="checkbox"/> Cuidado Urgente Necesario
----------------------	---	---	--

Firma de Profesional de la Odontología

Nombre imprenta del Profesional de la Odontología

Fecha

Sección #3:

Renuncia de Requisito de Evaluación Dental

(Debe ser completado por los padres o guardián solicitando ser excusados de este requisito.)

Solicito que mi hijo(a) sea excusado(a) del requisito de la evaluación de salud oral por la siguiente razón: (Favor de marcar la caja que mejor describe la razón.)

- No puedo conseguir una oficina dental que toma el plan de seguro de mi hijo(a).
Mi hijo(a) está cubierto por el siguiente plan de seguro:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids None Other: _____
- No puedo pagar por una evaluación de salud oral para mi hijo(a).
- No quiero que mi hijo reciba una evaluación de salud oral.
- Opcional: otra razón porque mi hijo no puede recibir una evaluación de salud oral:

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este requisito, por favor, póngase en contacto con su oficina de la escuela.