

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Artículo 49452.8 del Código de Educación) estipula que su hijo(a) debe realizarse un examen dental a más tardar el 31 de mayo de su primer año de inscripción en una escuela pública. Un profesional con licencia en la salud dental del estado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el examen dental y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo(a) se realizó una evaluación dental en los 12 meses previos al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no le es posible llevar a su hijo(a) a una evaluación dental, por favor complete la Sección 3.

### Sección 1: Información del menor (debe ser completada por el padre o tutor legal).

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Departamento:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/tutor legal:	Raza/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"/> Nativo norteamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

### Sección 2: Información de salud dental (debe ser completada por un profesional en salud dental del estado de California)

**NOTA IMPORTANTE:** Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Fecha de la evaluación:	Incidencia de caries (Caries visibles y/o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caries sin tratar (caries visibles presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia de tratamiento <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Firma del profesional con licencia en salud dental</div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Número de licencia profesional de California</div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Fecha</div> </div>			

### Sección 3: Información de seguimiento a la atención urgente (debe ser completada por la institución responsable del seguimiento) **NOTA IMPORTANTE:** Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

El padre fue notificado que el menor necesita tratamiento dental urgente el:	_____ - _____ - _____
Se ha programado una cita de seguimiento para este menor el:	_____ - _____ - _____
¿Recibió el menor el tratamiento necesario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si la respuesta es no, se exhorta a la institución a cargo del seguimiento dental a comunicarse con los padres) <input type="checkbox"/> No sé	

**Entregue este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año de inscripción de su hijo(a) en la escuela. La original se archivará en el expediente del estudiante.**

#### Sección 4. Exención del requisito para la evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre o el tutor que solicita que su hijo(a) sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo(a) sea eximido de la evaluación de salud dental porque: : (marque la casilla que describa el motivo)

<input type="checkbox"/> No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo(a). El plan de seguro dental de mi hijo(a) es: <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Denti-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy kids <input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> No puedo pagar por el examen dental de mi hijo(a).
<input type="checkbox"/> No dispongo de tiempo para llevar a mi hijo(a) a un dentista (ejemplo: no me dan tiempo libre en el trabajo; el dentista no cuenta con un horario de oficina conveniente).
<input type="checkbox"/> No me es fácil llegar a la oficina del dentista (ejemplo: no cuento con servicios de transporte, la oficina del dentista está ubicada muy lejos).
<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo(a) se haga la evaluación de salud dental. Opcional: otras razones por las cuales mi hijo(a) no puede realizarse la evaluación de salud dental: _____

Si está pidiendo que su hijo(a) sea eximido de este requisito: ►

\_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor legal**

**Fecha**

La ley estipula que las escuelas deberán mantener privada la información de salud de los estudiantes. En conformidad con esta ley, el nombre de su hijo(a) no se utilizará en ningún informe. Esta información solo se utilizará para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su escuela.

**Entregue este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año de inscripción de su hijo(a) en la escuela.**

*La original se archivará en el expediente del estudiante.*