

# Formulario de evaluación de la salud buccal

## West Contra Costa Unified School District

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

### Sección 1. Información del menor (debe 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:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: Masculino Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: Blanco Negro/Afroamericano Hispano/Latino Asiático Indio nativo americano Multirracial Otro _____ Nativo de Hawai/islas del Pacífico Desconocido		

### Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

**IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) Yes No	Visible Decay Present: Yes No	Treatment Urgency: 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	

### Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.

No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

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

Si pide ser eximido de este requisito: \_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará

**Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.**

*El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.*