Oral Health Assessment Form

California law (Education Code Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of their first year in public school. A California licensed dental professional operating within their scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before they started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Child's First Name:		Last Name:		Middle Initial:	Child's birth date: Apt.:		
Address:							
City:						ZIP code:	
School Name: Parent/Guardian Name:		Teacher:		Grade:	Child's Sex:		
		Child's race/ethnicity: White Black/African American Blispanic/Latino Asian Native American Multi-racial Other Native Hawaiian/Pacific Islander Unknown					
			h box sepai	ately. Mark each		d dental professiona	
ssessment ate:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present)			Visible Decay		caries without pain or infectio	
	□ Yes	□ No	□ Yes □ I	or child would benefit from sealants or further evaluation) □ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesi			
icensed De	ntal Profession	nal Signa	ture	CA License N	lumber	 Date	
				ment Requirem be excused from th			
Please excu	se my child from	the dent	al check-up	because: (Check the	e box that best describ	oes the reason)	
	unable to find a y child's dental i			take my child's den	tal insurance plan.		
	Medi-Cal/Denti-	·Cal	□ Othe	r:	none		
□ I car	nnot afford an or						
□ I car □ I do	not want my chi	ild to rece	ive an oral h	r my child. ealth screening. t get an oral health			

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please contact your school office.

Please sign if asking to waive Oral Health Assessment Requirement:

Return this form to the school no later than May 31 of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

County of San Diego, Health and Human Services Agency, Public Health Services, Maternal, Child, and Family Health Services For more information, please call (619) 692-8808



Signature of parent or guardian

Oral Health Assessment Form

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educatión*) requiere que su hijo/a se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuala 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/a 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/a, complete la Sección 3.

Primer nombre del niño/a:		Apedillo del niño/a:		Inicial del Segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño/a:	
omicilio:		l			Apto.:	
uidad:					Codigo Postal:	
ombre de la esci	uela:	Maestro/a:	laestro/a: Grado:		Sexo del niño/a:	
omeno do la cocacia.					□ Masculino □ Femenino	
ombre del padre	/la madre/el tutor:	Raza u origen étr	nico ():	L		
		□ Blanco □ Neg	ro/Africano 🗆 Hispa	ano/Latino 🗆 As	siático	
			awai o Islas de Pacifi			
		□ Unknown	□ Desconocido □	□ Otro (especificar)	
natriculad	o de California)	•	-	-	nal de la salud dental)	
OTA IMPORT	TANTE: Considere cada ca				nda para cada sección.	
	Incidencia de caries		Urgencia de tratamiento: □ Ninguín problema obvio / No obvious problem found			
Fecha de la evaluación /	(caries visibles y o	presentes / Visible Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o in				
Assessment	empastes presentes) / Caries Experience (Visible	decay present:	niño/a de beneficiará del sellador dental o de una evalución adicional) / Early dental care recommended (Caries without pain or infection, or child			
	I Calles Expellelice (Visible		•	sealants or further evaluation)		
Date:			would benefit from s	sealants or further	evaluation)	
Date:	decay and/or fillings present):		□ Se necesita atenció	n urgente (dolor, ir	nfección, inflamación o lesiones del	
Date:	decay and/or fillings	□ Sí/Yes □ No/No	□ Se necesita atenció	n urgente (dolor, ir	nfección, inflamación o lesiones del	
	decay and/or fillings present): □ Sí/Yes □ No/No	□ Sí/Yes □ No/No	□ Se necesita atenció tejido blando) / <i>Urge</i> <i>lesions</i>).	n urgente (dolor, ir ent care needed (p	nfección, inflamación o lesiones del ain, infection, swelling, or soft tissue	
Licensed I	decay and/or fillings present):	□ Sí/Yes □ No/No	Se necesita atenció tejido blando) / <i>Urge</i>	n urgente (dolor, ir ent care needed (p	nfección, inflamación o lesiones del	
Licensed I Firma del I Sección 3:	decay and/or fillings present): Si/Yes No/No Dental Professional Signatur professional dental matricula	sito de evaluac	Se necesita atenció tejido blando) / Urge lesions). CA License Num ción de salud	n urgente (dolor, ir ent care needed (p ber dental	nfección, inflamación o lesiones del ain, infection, swelling, or soft tissue	
Licensed Firma del p Sección 3: Debe ser con Solicito que	decay and/or fillings present): Si/Yes No/No Dental Professional Signatur professional dental matricula Exención del requ mpletado por el padre/la me hijo sea eximido de e	isito de evaluaça madre/el tutor qu	Se necesita atenció tejido blando) / Urge lesions). CA License Num ción de salud le solicita que su porque: (marque	n urgente (dolor, ir ent care needed (p ber dental u hijo/a sea ex	nfección, inflamación o lesiones del ain, infection, swelling, or soft tissue Date imido de este requisito. ejor indique la razon)	
Licensed I Firma del I Sección 3: Debe ser cor Solicito que	decay and/or fillings present): Si/Yes No/No Dental Professional Signatur professional dental matricula Exención del requ mpletado por el padre/la me hijo sea eximido de el puedo encontrar un cons	isito de evaluace a madre/el tutor que ste chequeo dental sultorio dental que a	Se necesita atenció tejido blando) / Urge lesions). CA License Num ción de salud le solicita que su porque: (marque	n urgente (dolor, ir ent care needed (p ber dental u hijo/a sea ex	nfección, inflamación o lesiones del ain, infection, swelling, or soft tissue Date imido de este requisito. ejor indique la razon)	
Licensed I Firma del I Sección 3: Debe ser cor Solicito que	decay and/or fillings present): Si/Yes No/No Dental Professional Signatur professional dental matricula Exención del requ mpletado por el padre/la me hijo sea eximido de e	isito de evaluace a madre/el tutor que ste chequeo dental sultorio dental que a	Se necesita atenció tejido blando) / Urge lesions). CA License Num ción de salud le solicita que su porque: (marque	n urgente (dolor, ir ent care needed (p ber dental u hijo/a sea ex	nfección, inflamación o lesiones del ain, infection, swelling, or soft tissue Date imido de este requisito. ejor indique la razon)	
Licensed I Firma del I Sección 3: Debe ser cor Solicito que	decay and/or fillings present): Si/Yes No/No Dental Professional Signatur professional dental matricula Exención del requ mpletado por el padre/la me hijo sea eximido de el puedo encontrar un cons	isito de evaluace a madre/el tutor que ste chequeo dental sultorio dental que a	Se necesita atenció tejido blando) / Urge lesions). CA License Num ción de salud le solicita que su porque: (marque	ber dental u hijo/a sea ex seguro dental	nfección, inflamación o lesiones del ain, infection, swelling, or soft tissue Date imido de este requisito. ejor indique la razon)	
Licensed Firma del possible Sección 3: Debe ser con Solicito que	decay and/or fillings present): Si/Yes No/No Dental Professional Signatur professional dental matricula Exención del requ mpletado por el padre/la me hijo sea eximido de el puedo encontrar un conse El plan de seguro dental o	isito de evaluace madre/el tutor que ste chequeo dental sultorio dental que a de mi hijo/a es:	Se necesita atenció tejido blando) / Urge lesions). CA License Num ción de salud de solicita que su porque: (marque decepte el plan del	ber dental u hijo/a sea ex seguro dental	nfección, inflamación o lesiones del ain, infection, swelling, or soft tissue Date imido de este requisito. nejor indique la razon) de mi hijo/a.	
Licensed I Firma del II Sección 3: Debe ser cor Solicito que	decay and/or fillings present): Sí/Yes No/No Dental Professional Signatur professional dental matricula Exención del requ mpletado por el padre/la me hijo sea eximido de el puedo encontrar un cons El plan de seguro dental de Medi-Cal/Denti-Cal	isito de evaluada madre/el tutor que ste chequeo dental sultorio dental que a de mi hijo/a es:	Se necesita atenció tejido blando) / Urge lesions). CA License Num ción de salud le solicita que su porque: (marque lecepte el plan del lecepte	ber dental u hijo/a sea ex seguro dental	nfección, inflamación o lesiones del ain, infection, swelling, or soft tissue Date imido de este requisito. nejor indique la razon) de mi hijo/a.	

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo/a 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/a. 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/a.

Fima del padre/la madre/el tutor

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

County of San Diego, Health and Human Services Agency, Public Health Services, Maternal, Child, and Family Health Services Agency
Para mas informacion, por favor Ilame (619) 692-8808



Fecha