Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by his/her 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 he/she starts 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.

Section 1: Child's Information (Filled out by 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 Sex: □ Male □ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: □ White □ Black/African American □ Hispanic/Latino □ Asian □ Native American □ Multi-racial □ Other_____ □ Native Hawaiian/Pacific Islander □ Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

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***

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

□ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:

□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Other _____ □ None

□ I cannot afford a dental check-up for my child.

□ I do not want my child to receive a dental check-up.

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ▶_____

Signature of parent or guardian ***Date***

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 call your school.

Return this form to the school *no later than* April 30th of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.
Rev. 5/21

Requisito de evaluación/exención de salud dental

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo tenga un chequeo dental en 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 <u>Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor</u>

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: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u origen étnico del menor: ☐Blanco ☐Negro/Afroamericano ☐Hispano/Latino ☐Asiático ☐Indio nativo americano ☐Nativo de Alaska ☐Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico ☐Multi-racial ☐Desconocido		

Section 2: Oral Health Data Collection <u>To be completed by the dental professional conducting the assessment</u> (*Información de Salud Dental -a ser completado por el profesional dental*

Assessment Date: *(fecha de evaluación)*	Visible caries and/or fillings present: ☐Yes *(sí)* ☐ No *(no) (caries visibles y/o empastes presentes)*	Visible caries present: ☐Yes *(sí)* ☐ No *(no) (caries visibles presentes)*	Treatment Urgency *(urgencia de tratamiento)*: ☐ No obvious problem found *(ningún problema obvio)* ☐ Early dental care recommended *(se recomienda atención dental)* ☐ Urgent care needed *(se necesita atención urgente)*

Dental professional's signature Date
Firma del profesional de salud dental: _____ *Fecha:*_____

Sección 3 Exención del requisito de evaluación de salud dental

<u>Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito</u> 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:

_____

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.

Si pide dispensa de este requisite▶ _____

Firma del padre, madre o el tutor **Fecha**

Regrese esta forma a la escuela antes del 30 de abril

El original será guardado en el registro escolar del menor. *Rev: 5/21*