

Formulario del Examen Dental

La Ley de California (*Código de Educación* Sección 49452.8) establece que a su hijo se le debe realizar un examen dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicho examen y llenar la sección 2 de este formulario. Si se le ha realizado un examen dental en los últimos 12 meses a su hijo al inicio de su año escolar, pídale a su dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puede cumplir con el examen dental para su hijo, llene la sección 3.

Sección 1: Información de su hijo (Debe ser llenado por un padre o tutor legal)

Primer nombre de su hijo:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento de su hijo:
Domicilio:			Apto:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/tutor legal:	Raza u origen étnico de su hijo: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada pregunta de forma separada. Marque su respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	Experiencia con <u>Caries</u> (Daño visible y/o amalgamas presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Daño visible <u>presente:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia del tratamiento: <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño(a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div>			
Firma del profesional dental con licencia		Número de licencia de California	Fecha

Sección 3: Renuncia al Requisito del Examen Dental (Debe ser llenado por un padre o tutor legal que solicita la renuncia de este requisito)

Por favor no deseo que se le realice el examen dental a mi hijo debido a: (Marque el espacio que mejor describa el motivo)

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el seguro médico de mi hijo.
El plan de seguro médico de mi hijo es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno

No me alcanza para pagar para el examen dental de mi hijo.

No quiero que a mi hijo se le realice el examen dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no puede recibir una evaluación dental: _____

Si pide la renuncia de este requisito: ► _____
Firma del padre o tutor legal
Fecha

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo. Si tienes preguntas por favor llama a tu escuela.

Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
 El original debe de ser incluido en el archivo escolar de su hijo.