

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of 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/guardian)

First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Birth date: / /
Address:			Apt:
City:		State:	Zip Code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> 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: / /	(Visible decay and/or fillings present)	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)
_____ 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* May 31 of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (*Código de Educación* Sección 49452.8) establece que su hijo(a) debe recibir una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional dental licenciado en California necesita realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 en este formulario. Si su hijo(a) ha recibido una evaluación dental en los últimos 12 meses antes del inicio de la escuela, pida que su dentista llene la sección 2 de este formulario. Si su hijo(a) no puede recibir una evaluación dental, llene la sección 3.

Sección 1: Información del niño(a) (Llene padre o Tutor)

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

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Llene un profesional de salud licenciado en California)

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

Fecha de evaluación:	Deterioro visible y/o amalgamas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deterioro visible actualmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda cuidado dental preventivo. <small>(Caries sin dolor o infección, se beneficiara de sellador o una evaluación más profunda)</small> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación lesiones en el tejido blando)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Firma del profesional dental con licencia Numero de licencia de California Fecha </div>			

Sección 3: Petición para disculpar el requisito de evaluación dental

El padre o tutor necesita llenar esta sección para solicitar la excusa de este requisito

Por favor de disculpar a mi hijo(a) de la evaluación dental debido a: (Marque la opción que mejor describa su razón)

No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).
El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:

Medi-Cal/Denti-Cal
 Healthy Families
 Healthy Kids
 Otro _____
 Ninguno

No puedo pagar la evaluación dental de mi hijo(a).

No quiero que mi hijo(a) reciba una evaluación dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo(a) no puedo recibir una evaluación dental:

Si pide una excusa de este requisito: _____
Firma del padre o tutor

Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la información de salud de los estudiantes privado. El nombre de su hijo(a) no formara parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información será utilizada con propósito relacionados con la salud de su hijo(a) exclusivamente. Si tiene preguntas por favor llame a su escuela.

Regrese esta forma a la escuela *antes del 31* de mayo del primer año escolar de su hijo(a).

Forma original se mantendrá en el archivo estudiantil de la escuela.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	___/___/___
Physical Examination	___/___/___
Dental Assessment	___/___/___
Nutritional Assessment	___/___/___
Developmental Assessment	___/___/___
Vision Screening	___/___/___
Audiometric (hearing) Screening	___/___/___
TB Risk Assessment and Test, if indicated	___/___/___
Blood Test (for anemia)	___/___/___
Urine Test	___/___/___
Blood Lead Test	___/___/___
Other	___/___/___

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian _____
Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner _____
Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregue a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp