

### Formulario de evaluación de la salud bucal

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:<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Nombre del padre/madre/tutor: | Raza/origen étnico del menor:<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido |                             |   |

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

**[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]**

**NOTA IMPORTANTE:** Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

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

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Fecha de la evaluación:<br><br>[Assessment Date:] | Incidencia de caries<br>[Caries Experience]<br><br>(Caries visibles y/o empastes presentes)<br><br>(Visible decay and/or fillings present)<br><br><input type="checkbox"/> Sí [Yes]<br><input type="checkbox"/> No [No] | Caries visibles presentes:<br><br>[Visible Decay Present:]<br><br><input type="checkbox"/> Sí [Yes]<br><input type="checkbox"/> No [No] | Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:]<br><br><input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found]<br><br><input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]<br><br><input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)] |
|---|---|---|---|

\_\_\_\_\_  
**Firma del profesional de salud dental matriculado**  
**[Licensed Dental Professional Signature]**

\_\_\_\_\_  
**Número de matrícula de CA**  
**CA License Number**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
**Date]**