

Formulario de Revisión de Salud Oral

La ley de California (Sección 49452,8 del Código de Educación) dicta que se debe realizar un chequeo dental a cada niño (revisión) antes del 31 de mayo de su año en kindergarten, o en caso de no haber cursado el Kindergarten, en primero de primaria en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California debe hacer el chequeo y llenar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo/a recibió un chequeo dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que llene la Sección 2. Si usted no puede obtener un chequeo dental para su hijo, llene el formulario de Exención del Requisito de Revisión de Salud Oral por separado.

Los niños necesitan una buena salud oral para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y listos para aprender. La mala salud oral se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, relaciones sociales deficientes y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos por su contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

SECCIÓN 1: A ser completado por el padre o tutor				
Nombre del niño/a:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	
Domicilio:		Dpto.: Ciudad:	Código postal:	Tel.: ()
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Género del niño/a: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> No binario		Grado: Nombre del padre de familia/tutor legal:
Origen racial/étnico del menor (opcional):				
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afrodescendiente/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano
<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Originario de Hawái /isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro (especificar)	

La ley de California requiere que las escuelas protejan la privacidad de la información de salud de los estudiantes. La identidad de su hijo/a no estará asociada con ningún informe que sea resultado de este requisito. Si tiene alguna pregunta sobre este requisito, favor de comunicarse a la oficina de su escuela.

SECCIÓN 2: Recopilación de datos de salud oral			
A ser completado por un profesional dental con licencia de California			
Fecha de la revisión:	Caries no tratada (presencia de caries visibles): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Historial de caries: (presencia de caries y/o empastes visibles) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de emergencia: <input type="checkbox"/> No se encontró un problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente

Firma

Número de licencia del dentista profesional

Nombre con letra de molde

Fecha

* Marcar "Sí" en la sección de caries si hay presencia de caries o empastes no tratados

* Marcar "No" en la sección de caries si no hay caries sin tratar y empastes

ENTREGUE ESTE FORMULARIO EN LA ESCUELA A MÁS TARDAR EL 31 DE MAYO

El formulario original se archivará en el registro escolar del estudiante.