

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her Kindergarten year. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California's children.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
City:		ZIP Code:	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten:
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: ☐ Female ☐ Male
Child's Race/Ethnicity:	☐ White ☐ Black/African American ☐ Asian ☐ Unknown ☐ Other (please specify) ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Hispanic/Latino ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander		

Continued on Next Page

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: MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present) ☐ Yes ☐ No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings 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		

*Check “Yes” for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
Check “No” for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent notified that child has urgent dental care need on:	MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	MM – DD – YYYY
Did the child receive needed treatment? ☐ Yes ☐ No (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) ☐ I don’t know	

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 31st of his/her kindergarten year.
Original to be kept in the child's school record.**

Formulario de evaluación de salud dental

La ley de California (*Código de Educación* Sección 49452.8) establece que todo estudiante debe tener una revisión dental (evaluación) antes del 31 de mayo de su año en kínder. Un profesional dental con licencia de California debe hacer la revisión y completar la Sección 2 de este formulario. Si su estudiante tuvo una revisión dental en los últimos 12 meses, solicite a su dentista completar la Sección 2. Si no puede conseguir una revisión dental para su estudiante, complete por separado el formulario de Exención del requisito de evaluación de salud dental.

Esta evaluación le informará si existe algún problema dental que requiere atención de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud dental. Los estudiantes necesitan buena salud dental para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y listos para aprender. La mala salud dental se relaciona con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxitos en etapas posteriores de la vida. Por esta razón, le agradecemos por contribuir a la salud y el bienestar de los niños en California.

Sección 1: Información del estudiante (debe ser completada por el padre o tutor)

Nombre del estudiante:	Apellido:	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento MM – DD – AAAA
Dirección:			Apt.:
Ciudad:		Código postal	
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Grado:	Año de inicio en kínder:
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:		Género del estudiante: ☐ Masculino ☐ Femenino
Raza/etnia del estudiante:	☐ Blanco/Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Desconocido ☐ Otro (especifique) ☐ Nativo americano ☐ Multirracial ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo de Hawaii/Islands del pacífico		

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Recolección de datos de salud dental (debe ser completada por un profesional dental con licencia de California)

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

Fecha de evaluación: MM – DD – AAAA	Caries sin tratar (Presenta caries visible) ☐ Sí ☐ No	*Experiencia de caries (Caries visibles y/o presenta empastes) ☐ Sí ☐ No
Urgencia del tratamiento: ☐ No se ha encontrado ningún problema evidente ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección; el paciente se beneficiaría de selladores o de una evaluación adicional) ☐ Se requiere atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en tejidos blandos)		
Firma del profesional dental con licencia Número de licencia de CA Fecha		

*Marque "Sí" para experiencia de caries si existe presencia de caries no tratada o empastes
Marque "No" para experiencia de caries si no existe caries no tratada ni empastes

Sección 3: Seguimiento de atención urgente (debe ser completada por la entidad encargada del seguimiento)

El padre ha notificado que el niño necesita atención dental urgente el: MM – DD – AAAA
La cita de seguimiento para este paciente se ha programado para: MM – DD – AAAA
¿Ha recibido el paciente el tratamiento requerido? ☐ Sí ☐ No (Se instará a la entidad encargada del seguimiento a volver a comunicarse con los padres) ☐ No sé

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su estudiante no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información solo podrá utilizarse para fines relacionados con la salud de su estudiante. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Devolver este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año en kínder.
La copia original se archivará en el expediente escolar del estudiante.