

# SANTA MONICA-MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## 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 or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date:
Address:			Apt:
City:			Zip Code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: Male ( ) Female ( )
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ___ Asian    ___ American Indian / Alaska Native    ___ Black/African American    ___ Hispanic/Latino ___ Native Hawaiian/Pacific Islander    ___ White    ___ Multi-racial    ___ Other    ___ Unknown		

### Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

**IMPORTANT NOTICE:** Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	<u>Caries Experience</u> (Visible decay and/or fillings present)  Yes ( ) No ( )	<u>Visible Decay Present:</u>  Yes ( ) No ( )	<u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)	
Licensed Dental Professional Signature			California 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 dental insurance plan is:
- Med-Cal/Den-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 checkup: \_\_\_\_\_

If asking to be excused from this requirement: < \_\_\_\_\_ Date  
*Signature of parent/guardian*

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.

Original to be kept in child's school record.

**SANTA MONICA-MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**Forma de Evaluación de Salud Oral**

La ley de California (*Código de Educación Sección 49452.8*) establece que su niño(a) debe tener un examen dental para el 31 de mayo de su primer año en escuela pública. Un profesional dental con licencia de California operando dentro de su campo de práctica debe llevar a cabo el examen y llenar la Sección 2 de esta forma. Si su niño(a) ha tenido un examen en los 12 meses antes de que el/ella empezara la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2. Si no puede obtener un examen dental para su niño(a), llene la Sección 3.

**Sección 1: Información del niño(a) (Llenada por el padre/tutor)**

Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento del Niño:
Dirección:			Apt:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo del Niño: Masculino ( ) Femenino ( )
Nombre del Padre/Tutor:	Raza/Etnicidad del Niño: White Multi-racial Otro Child=s race/ethnicity: ___Asiático Indio ___Americano / Nativo de Alaska ___Negro/Afro Americano ___Hispano/Latino ___Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico ___Blanco ___Multi-racial ___Otro ___Desconocido		

**Sección 2: Colección de Datos de Salud Oral (Llenado por profesional dental licenciado de California)**

**ANUNCIO IMPORTANTE:** Considera cada caja separadamente. Marque cada caja.

Fecha de Evaluación:	<u>Experiencia de Caries</u> (Deterioro visible y/o rellenos presentes) Si ( ) No ( )	<u>Deterioro Visible Presente:</u> Si ( ) No ( )	<u>Urgencia de Tratamiento:</u> ( ) No se encontró problema obvio ( ) Se recomienda cuidado dental pronto (Caries sin dolor o infección o el niño se beneficiaría de sellantes o evaluación adicional ( ) Cuidado Urgente necesario (dolor, infección, hinchazón o lesiones de tejido suave)
Firma del Profesional Dental Profesional Licenciado		Número de Licencia de California	Fecha

**Sección 3: Renuncia de Requisito de Evaluación de Salud Oral**

**(Para llenarse por el padre o tutor pidiendo ser justificado por este requisito)**

Por favor justifique a mi niño(a) de este examen dental porque: (Marque la caja que describa mejor la razón)

- ( ) No puedo encontrar una oficina dental que tome el plan de seguro dental de mi niño.  
El plan de seguro dental de mi niño es:  
( ) Med-Cal/Den-Cal ( ) Healthy Families ( ) Healthy Kids ( ) Otro ( ) Ninguno
- ( ) No puedo permitirme un examen dental para mi niño.
- ( ) No quiero que mi niño reciba un examen dental.

Opcional: Otros motivos por los que mi niño no podría conseguir un examen dental:

Si está pidiendo ser justificado de este requisito: < \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Tutor*

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud del estudiante. El nombre de su niño(a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley, Esta información solo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de su niño(a). Si tiene preguntas, por favor llame a la escuela.

El original se mantiene en el archivo escolar de su niño(a).