



Temecula Valley Unified School District – Health Services  
 Distrito Escolar Unificado Temecula – Servicios de Salud

**Oral Health Assessment/Evaluación de Salud Oral**

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment by May 31 in kindergarten or first grade, whichever is his or her first year of public school. The law specifies that the assessment must be performed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. Oral health assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. If you cannot take your child for this assessment, you may be excused from this requirement by requesting a waiver from the school.

*Ley de California, , la Sección 49452.8 del Código de Educación, ahora requiere que su hijo/a reciba una evaluación de salud bucal para el 31 de mayo en el kindergarten o el primer grado, el que sea su primer año de educación en una escuela pública. La ley especifica que la evaluación se debe de realizar por un dentista titulado u otro profesional de salud dental titulado o registrado. Si las evaluaciones de salud bucal se han hecho dentro de un periodo de 12 meses antes de que su hijo/a entre a la escuela también cumplen con este requisito. Si no puede llevar a su niño/a para esta evaluación, se le puede dispensar de este requisito completando la Sección 3 de este formulario.*

**Section 1/Sección 1**

**To be completed by the parent/guardian /Debe ser completada por el padre/guardián**

Child's First Name/ <i>Nombre del Niño/a:</i>	Last Name / <i>Apellido:</i>	Middle Initial/ <i>Inicial:</i>	Birthdate/ <i>Fecha de Nac.:</i>
Address / <i>Domicilio:</i>			Apt./ <i>Apt.:</i>
City / <i>Ciudad:</i>			ZIP code / <i>Zona postal:</i>
School Name / <i>Nombre de la Escuela:</i>	Teacher / <i>Maestro:</i>	Grade / <i>Grado:</i>	Child's Gender/ <i>Genero del Niño/a:</i> <input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>
Parent/Guardian Name/ <i>Nombre de Padre/Guardián:</i>	Child's race/ethnicity / <i>Raza del niño/a/grupo étnico:</i> <input type="checkbox"/> White/Blanco <input type="checkbox"/> Black/African American/Raza Negra/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino/ <i>Hispano/Latino</i> <input type="checkbox"/> Asian/ <i>Asiático</i> <input type="checkbox"/> American Indian/ <i>Indio Americano</i> <input type="checkbox"/> Alaska Native/ <i>Nativo Alaska</i> <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander/ <i>Hawaiano/Nativo de las Islas del Pacifico</i> <input type="checkbox"/> Multi-racial/ <i>Razas Multiples</i> <input type="checkbox"/> Unknown/ <i>Desconocido</i>		

**Section 2**

**Oral Health Data Collection**

**To be completed by the dental professional conducting the assessment**

Assessment Date:	Visible cavities and/or fillings present:	Visible cavities present:	Treatment Urgency:
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care Recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed

-----  
**Dental professional's signature**

-----  
**Calif. License Number**

-----  
**Date**

**Return this form to the school by \_\_\_\_\_**

**Regresar este formulario a la escuela para el 30 de \_\_\_\_\_**

Original to be retained in child's school record/*La original se debe mantener en el expediente escolar del estudiante.*