



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/Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Indio Americano <input type="checkbox"/> Alaska Native/ <i>Nativo Alaska</i> <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander/Hawaiano/ <i>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.*

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

Section/Sección 3

Waiver of Oral Health Assessment Requirement *Dispensa de Examen de Salud Oral* Requisito

To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement

Debe ser completado por el padre o guardián que hizo la solicitud para ser dispensado de este requisito

I request that my child be excused from the oral health assessment requirement for the following reason:
(Please check the box that best describes the reason.) / *Solicito que mi hijo/a sea dispensado de los requisitos para un examen oral requerido por la siguiente razón: (Favor de marcar el cuadro que mejor describe la razón.)*

I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan. My child is covered by the following insurance plan: /*No puedo encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro medico de mi hijo/a. Mi hijo/a esta cubierto por el siguiente plan medico:*

- Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids None/*Ningún plan*
 Other/*Otro plan* _____

I cannot afford an oral health assessment for my child/*No puedo pagar por un examen oral para mi*

I do not wish my child to receive an oral health assessment/*No deseo que mi hijo/a reciba un examen oral.*

Optional/*Opcional*: Other reasons my child could not get an oral health assessment / *otras razones por las cuales mi hijo/a no pudo obtener un examen oral*

California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement. If you have any questions about this requirement, please contact your school office.

La ley de California que las escuelas mantengan la privacidad sobre la información de salud de los estudiantes. La identidad de su hijo/a no se asociará con ningún informe producido como resultado de este requisito. Si tienen algunas preguntas sobre este requisito por favor comuníquense a la oficina escolar.

Signature of Parent/Guardian - *Firma del padre o guardián*

Date/*Fecha*

Return this form to the school by _____

Regresar este formulario a la escuela para el _____

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