

## Formulario de la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)

### Kindergarten Oral Health Assessment Form

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece **que todos los alumnos del kínder (Kindergarten) inscritos en una escuela pública y cualquier niño inscrito en primer grado que no haya asistido a la escuela pública el año anterior, deberán realizarse un chequeo dental (evaluación)**. Debe ser entregado a la escuela **al comienzo del año escolar**. Un profesional dental autorizado de California debe realizar la evaluación y completar las secciones 2 y 3 de este formulario. Si su hijo tuvo una evaluación dental en los últimos 12 meses, pida a su dentista que complete la sección 2 y la sección 3. Si no puede obtener una evaluación dental para su hijo, llene el formulario de exención del requisito de evaluación de salud bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se usará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con seguridad, expresarse, y estar sanos y listos para aprender. La mala salud bucal ha estado relacionada con un menor desempeño escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos que contribuya a la salud y el bienestar de los niños de California.

### Sección 1: Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

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

Nombre del menor / Child's name :		Apellido / Child's last name:		Inicial del segundo nombre/ Middle initial:		Fecha de nacimiento del menor/ Date of birth: MM - DD - AAAA	
Dirección/ Address:							Depto./ Apt.:
Ciudad/ City:				Código postal/ Zip code:			
Nombre de la escuela/ Name of school:		Maestro/ Teacher:		Grado/ Grade:		Año en el que el menor empieza el kínder/ Kindergarten year : AAAA	
Nombre del padre, madre, tutor/ Parent, guardian first name:		Apellido del padre, madre, tutor/ Parent, guardian last name:		Género del menor/ Child's gender: <input type="checkbox"/> Niño/ Boy <input type="checkbox"/> Niña/ Girl <input type="checkbox"/> No binario/ Nonbinary			
Raza/origen étnico del menor/ Child's race/ethnicity:							
<input type="checkbox"/> Blanco / White <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/ Native American <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense /Black/ African American <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/ Unknown <input type="checkbox"/> Asiático / Asian <input type="checkbox"/> Otro (especifique)/ Other (please specify): <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico / Native Hawaiian/ Pacific Islander							

### Información del hogar dental / Dental home information

¿Su hijo visita al mismo dentista dos veces al año (¿una vez cada 6 meses?) / Does your child visit the same dentist twice a year (once every 6 months?)  <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No  En caso negativo a lo anterior, ¿su hijo visita al dentista una vez al año? / If no to above, does your child visit the dentist once a year?  <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene su hijo seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No Does your child have dental insurance? ¿Tiene su hijo seguro del Plan de Salud Dental de San Mateo (HPSM Dental)? Does your child have Health Plan of San Mateo Dental (HPSM Dental) insurance? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la clínica dental: _____ Dental clinic name Dirección de la clínica dental: _____ Dental clinic address Nombre del dentista: _____ Dentist name Número de teléfono del dentista: _____ Dentist phone number

**IMPORTANT NOTE FOR DENTAL PROVIDER:** Caries experience is both past treatment (e.g., fillings, crowns) and/or untreated decay at the present time (e.g., untreated cavities).

INCORRECT ENTRIES		CORRECT ENTRIES	
Untreated decay	Caries experience	Untreated decay	Caries experience
Y	N	Y	Y
		N	Y
		N	N

**Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (debe ser completada por un profesional dental autorizado de California)** *Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)*

<b>Fecha de la evaluación</b> <i>Date of assessment:</i> MM – DD – AAAA	<b>Caries sin tratar (deterioro visible presente)</b> <i>Untreated decay (visible decay)</i> <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes)</b> <i>Caries experience (untreated decay and/or fillings present)</i> <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No
--	---	---

**Urgencia del tratamiento / Treatment urgency**

<input type="checkbox"/> <b>No se encontró ningún problema obvio</b> <i>No obvious problem found</i>	<input type="checkbox"/> <b>Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional).</b> <i>Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation. Circle all that apply.)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón, o lesiones en el tejido suave)</b> <i>Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions. Circle all that apply.)</i>
---	--	--

_____ <b>Firma de profesional dental autorizado</b> <i>Licensed Dental Professional Signature</i>	_____ <b>Número de licencia de CA</b> <i>CA License Number</i>	_____ <b>Fecha</b> <i>Date</i>
---	--	--------------------------------------

**Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia (debe ser completada por la entidad responsable del seguimiento)** *Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)*

<b>El padre o la madre notificó que el menor tiene una necesidad urgente de atención dental el:</b> <i>Parent notified that child has urgent dental care need on:</i>	MM – DD – AAAA
--	----------------

<b>Se programó una cita de seguimiento para este menor para el:</b> <i>A follow-up appointment for this child has been scheduled for:</i>	MM – DD – AAAA
--	----------------

<b>¿El menor recibió el tratamiento necesario? Did child receive needed treatment?</b> <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) / <i>No (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent)</i> <input type="checkbox"/> No lo sé / <i>I don't know</i>
--

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela.

**Devuelva este formulario a la escuela antes del fin del primer año escolar de su hijo.**  
**El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.**