

Formulario de la evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten)

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece **que todos los alumnos del jardín de niños (kinder / 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)

Nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – AAAA
Dirección:			Depto.:
Ciudad:		Código postal: 	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en el que el menor empieza el jardín de niños: A A A A
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:		Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza/origen étnico del menor:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico		

	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (debe ser completada por un profesional dental autorizado de California)

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

Fecha de la evaluación: MM – DD – AAAA	Caries sin tratar (deterioro visible presente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Experiencia de caries (caries visibles o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Urgencia del tratamiento: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/> No se encontró urgencia ningún problema obvio sin dolor </div> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Se recomienda atención necesaria (dolor, infección, ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional). </div> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Atención de dental temprana (caries hinchazón o lesiones en el tejido suave) </div> </div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div> Firma de profesional dental autorizado </div> <div> Número de licencia de CA </div> <div> <div style="text-align: right;">MM – DD – AAAA</div> Fecha </div> </div>		

*Marque "Sí" para la experiencia de caries si hay presencia de caries sin tratar o empastes.
Marque "No" para la experiencia de caries si no hay caries sin tratar y no hay empastes.

Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia (debe ser completada por la entidad responsable del seguimiento)

El padre o la madre notificó que el menor tiene una necesidad urgente de atención dental el:	MM – DD – AAAA
Se programó una cita de seguimiento para este menor para el:	MM – DD – AAAA
¿El menor recibió el tratamiento necesario? <div> <input type="radio"/> Sí </div> <div> <input type="radio"/> No (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) </div> <div> <input type="radio"/> No lo sé </div>	

Departamento de Salud Pública de California

Departamento de Salud, Condado de San

Mateo Julio de 2022 – Página 2 de 2

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.