Bellflower Unified School District
16703 S. Clark Ave Bellflower, CA 90706
Phone (562) 866-9011 FAX (562) 920-3961

Oral Health Assessment Form

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 filling out Section 3 of this form.

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 ethnicity: Check one ethnic background you feel most dominant: □ Hispanic/Latino □ Not Hispanic/Latino Select one or more races from the following five groups: □ American Indian or Alaska Native □ Asian/Asian American □ Black or African American □ Native Hawaiian or Other Pacific Islander □ White		

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

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) □ Yes □ No	Visible Decay Present: □ Yes □ No	Treatment Urgency: □ No obvious problem found □ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) □ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ ***Licensed Dental Professional Signature***		_____ ***CA 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's dental insurance plan is:

□ Medi-Cal/Denti-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 check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ▶_____

Signature of parent or guardian ***Date***

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.

Original to be kept in child's school record.

Bellflower Unified School District
16703 S. Clark Ave Bellflower, CA 90706
Phone (562) 866-9011 FAX (562) 920-3961

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California, Código de Educación Sección 49452.8, ahora requiere que su niño/a tenga una evaluación oral de la salud (el examen dental) al más tardar el 31 de mayo de 2007 si esta en el kindergarten o el primer grado; tiene que ser durante el primer año de asistencia en una escuela pública. Una evaluación dental que se hizo dentro de los últimos 12 meses antes de empezar la escuela cumple con el requisito. La ley especifica que la evaluación tiene que ser hecha por un dentista licenciado u otro licenciado profesional dental. Si no puede llevar a su hijo/a a esta evaluación puede ser excusado de este requisito llenando Sección 3 de esta forma.

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

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: □ Masculino □ Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Origen étnico del menor: Marque un origen etnico que usted es el mas dominate: □Hispano/Latino □No es Hispano/Latino Marque una o mas de una del grupo de cinco: □Indio Americano o Nativo de Alaska □Asiático/Asiatico Americano □ Africano/Africano Americano □ Nativo de Hawai/islas del Pacífico □ Blanco		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California ***Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)*** NOTA IMPORTANTE**:** Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla. ***IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.***

Fecha de la evaluación: ***[Assessment Date:]***	Incidencia de caries ***[Caries Experience]*** (Caries visibles y/o empastes presentes) ***(Visible decay and/or fillings present)*** □ Sí ***[Yes]*** □ No ***[No]***	Caries visibles presentes: ***[Visible Decay Present:]*** □ Sí ***[Yes]*** □ No ***[No]***	Urgencia de tratamiento: ***[Treatment Urgency:]*** □ Ningún problema obvio ***[No obvious problem found]*** □ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) ***[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]*** □ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) ***[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions]***
_____ Firma del profesional de salud dental matriculado ***[Licensed Dental Professional Signature***		_____ Número de matrícula de CA ***CA License Number***	_____ Fecha ***Date]***

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

□ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.
El plan de seguro dental de mi hijo es:
□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Otro _____ □ Ninguno

□ No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.

□ No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ▶_____
Firma del padre, madre o tutor ***Fecha***

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de información de salud de los estudiantes. La identidad de sus hijos/as no será asociada con ningún informe producido como resultado de este requisito.

El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year

ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	_____/_____/_____
Physical Examination	_____/_____/_____
Dental Assessment	_____/_____/_____
Nutritional Assessment	_____/_____/_____
Developmental Assessment	_____/_____/_____
Vision Screening	_____/_____/_____
Audiometric (hearing) Screening	_____/_____/_____
TB Risk Assessment and Test, if indicated	_____/_____/_____
Blood Test (for anemia)	_____/_____/_____
Urine Test	_____/_____/_____
Blood Lead Test	_____/_____/_____
Other	_____/_____/_____

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER *(optional)* *and* RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.

☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you ***do not*** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian _____ Date _____

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner _____ Date _____

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe sera archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	_____/_____/_____
Examen Físico	_____/_____/_____
Evaluación de Dientes	_____/_____/_____
Evaluación de Nutrición	_____/_____/_____
Evaluación del Desarrollo	_____/_____/_____
Pruebas Visuales	_____/_____/_____
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	_____/_____/_____
Evaluacion de Riesgo y prueba Tuberculosis*	_____/_____/_____
Análisis de Sangre (para anemia)	_____/_____/_____
Análisis de Orina	_____/_____/_____
Análisis de Sangre para el plomo	_____/_____/_____
Otra	_____/_____/_____

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acellular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD *(optional)* *y* PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.

☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

***de ser indicado**

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián _____ Fecha _____

Firma del examinador de salud _____ Fecha _____

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).
CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp