

### Kindergarten Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31<sup>st</sup> of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California’s children.

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

Child’s First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child’s Birth Date: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
City:		ZIP Code: 	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten:   Y   Y   Y   Y
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child’s Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Child’s Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> White <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Native American</span> <input type="checkbox"/> Black/African American <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Multi-racial</span> <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander</span> <input type="checkbox"/> Asian <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Unknown</span> <input type="checkbox"/> Other (please specify)		

*Continued on Next Page*



**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:  MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present)  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present)  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> <b>No obvious problem found</b> <input type="checkbox"/> <b>Early dental care recommended</b> (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> <b>Urgent care needed</b> (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)		
_____ <b>Licensed Dental Professional Signature</b>		_____ <b>CA License Number</b>
		_____ <b>Date</b>

\*Check “Yes” for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings  
 Check “No” for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

**Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)**

Parent notified that child has urgent dental care need on:	MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	MM – DD – YYYY
Did child receive needed treatment? <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) <input type="checkbox"/> <b>I don't know</b>	

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

**Return this form to the school *no later than* May 31st of your child's first school year.**

*Original to be kept in child's school record.*

County of San Diego Health and Human Services Agency, Public Health Services,  
 Maternal, Child, and Family Health Services  
**For more information, please call (619) 692-8858**

**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 / <i>Child's name:</i>		Apellido / <i>Child's last name:</i>		Inicial del segundo nombre/ <i>Middle initial:</i>		Fecha de nacimiento del menor/ <i>Child date of birth:</i> MM – DD – YYYY	
Dirección/ <i>Address:</i>							Depto./ <i>Apt.:</i>
Ciudad/ <i>City:</i>						Código postal/ <i>Zip code:</i> 	
Nombre de la escuela/ <i>Name of school:</i>		Maestro/ <i>Teacher:</i>		Grado/ <i>Grade:</i>		Año en el que el menor empieza el kínder/ <i>Kindergarten year:</i>   Y   Y   Y   Y	
Nombre del padre, madre, tutor/ <i>Parent, guardian first name:</i>		Apellido del padre, madre, tutor/ <i>Parent, guardian last name:</i>			Género del menor/ <i>Child's gender:</i> <input type="checkbox"/> Niño/ <i>Boy</i> <input type="checkbox"/> Niña/ <i>Girl</i>		
Raza/origen étnico del menor/ <i>Child's race/ethnicity:</i>		<input type="checkbox"/> Blanco/ <i>White</i> <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense / <i>Black/ African American</i> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino / <i>Hispanic/Latino</i> <input type="checkbox"/> Asiático / <i>Asian</i> <input type="checkbox"/> Otro (especifique) / <i>Other (please specify):</i>		<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/ <i>Native American</i> <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido/ <i>Unknown</i> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico / <i>Native Hawaiian/ Pacific Islander</i>			

*Continúa en la Próxima Página*



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

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

Fecha de la evaluación/ <i>Assessment Date:</i>  MM – DD – YYYY	Caries sin tratar (deterioro visible presente)/ <i>Untreated decay (visible decay)</i>  <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No	*Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes)/ <i>Caries experience (untreated decay and/or fillings present)</i>  <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Urgencia del tratamiento/ <i>Treatment Urgency:</i></b>  No se encontró ningún problema obvio/ <i>No obvious problem found</i> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional)./ <i>Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation. Circle all that apply.)</i> Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón, o lesiones en el tejido suave)/ <i>Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions. Circle all that apply.)</i>		
<div style="text-align: right; margin-right: 100px;">MM – DD – YYYY</div> <hr/> Firma Profesional Dental Autorizado/ <i>Licensed Dental Professional Signature</i> Número de licencia de CA/ <i>CA License Number</i> Fecha/ <i>Date</i>		

\*Check “Yes” for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings.  
 Check “No” for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings.

**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)**

El padre o la madre notificó que el menor tiene una necesidad urgente de atención dental el: <i>Parent notified that child has urgent dental care need on:</i>	MM – DD – YYYY
Se programó una cita de seguimiento para este menor para el: <i>A follow-up appointment for this child has been scheduled for:</i>	MM – DD – YYYY
¿El menor recibió el tratamiento necesario?/ <i>Did child receive needed treatment?</i>	Sí / Yes 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> 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 no mas tarde del 31 de Mayo del primer año escolar de su hijo.**

**El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.**

Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de San Diego, Servicios de Salud Pública,  
 Servicios de Salud Maternal, Niños y Familia

**Para más información favor de llamar al (619) 692-8858**