



FORMULARIO COMPROBANTE DEL EXAMEN DENTAL ESCOLAR

La ley de Illinois (Child Health Examination Code, 77 Ill. Código Administrativo 665) índice que todos los niños en kínder, segundo, sexto, y noveno grados en escuela pública, privado, o parroquial adquieran examinación dental. La examinación se tiene que haber hecho entre 18 meses antes de 15 Mayo del año escolar. Un dentista licenciado tiene que hacer el examen, firmar y ponerle fecha a esta Formulario Comprobante de Examen Dental Escolar. Si no puede obtener este examen requerido, completa el Formulario de Renuncia Voluntaria del Examen Dental Escolar

Este examen importante le dejara saber si hay algún problema que requiere atención de un dentista. Los Niños necesitan buena salud bucal para habla con confianza, expresar se, ser saludables y ser listos para aprender. La salud bucal malo ha sido relacionado con bajo actuación escolar, malas relaciones sociales, y menos éxito más adelante in la vida. Por esta razón, le damos gracia por su contribución al salud y bien estar de su niño.

Para ser completado por el padre/madre (por favor impresión):

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre del Estudiante: | Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de Nacimiento: (Mes/Dia/Año) |
| Dirección: | Calle | Ciudad | Código Postal | |
| Nombre de la Escuela: | Código Postal | Grado: | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| Nombre del padre/madre o encargado | | | | |
| Raza/Etnicidad del Estudiante: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o otras islas del Pacífico | | | | |

To be completed by dentist:

Date of Most Recent Examination: _____ (Check all services provided at this examination date)
 Dental Cleaning Sealant Fluoride treatment Restoration of teeth due to caries

Oral Health Status (check all that apply)

- Yes No **Dental Sealants Present on Permanent Molars**
- Yes No **Caries Experience / Restoration History** — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent 1st molars.
- Yes No **Untreated Caries** — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.
- Yes No **Urgent Treatment** — abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling.

Treatment Needs (check all that apply). For Head Start Agencies, please also list appointment date or date of most recent treatment completion date.

- Restorative Care** — amalgams, composites, crowns, etc. Appointment Date: _____
- Preventive Care** — sealants, fluoride treatment, prophylaxis Appointment Date: _____
- Pediatric Dentist Referral Recommended** Treatment Completion Date: _____

Additional comments: _____
 Signature of Dentist _____ License #: _____ Date: _____