

## Certificado de salud dental - Opcional

Padre / Tutor: La ley del estado de Nueva York (Capítulo 281) permite que las escuelas soliciten una evaluación de salud oral al mismo tiempo que se requiere un examen de salud. Su hijo/a puede tener un chequeo dental durante este año escolar para evaluar su estado físico para asistir a la escuela. Complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista registrado o higienista dental registrado para una evaluación. Si su hijo/a tuvo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista / higienista dental que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico de la escuela o la enfermera escolar lo antes posible.

### Sección 1. Para ser completado por el padre o tutor (por favor imprima)

Nombre de Niño/a:	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: / / Mes Día Año	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	¿Es esta la primera evaluación de salud bucal de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Escuela: Nombre	Grado:
-----------------	--------

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiere con la capacidad de su hijo/a para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares?  
 Sí  No

Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el/la niño/a mencionado anteriormente reciba una evaluación básica de salud bucal. Entiendo que esta evaluación es solo un medio limitado de evaluación para evaluar la salud dental del estudiante, y necesitaría asegurar los servicios de un dentista para que mi hijo/a reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena oralidad. salud.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud oral no establece ninguna relación médico-paciente nueva o continua. Además, no responsabilizaré al dentista ni a quienes realicen esta evaluación por las consecuencias o los resultados si elijo NO seguir las recomendaciones que se enumeran a continuación.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Sección 2. Para ser completado por el dentista / higienista dental

I. La condición de salud dental de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ (fecha de la evaluación)

La fecha de la evaluación debe ser dentro de los 12 meses posteriores al inicio del año escolar en el que se solicita.

Marque uno:

- Sí, el estudiante mencionado anteriormente está en condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.  
 No, el estudiante mencionado anteriormente no está en condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: La condición de salud dental que no está en forma significa que existe una condición que interfiere con la capacidad del estudiante de masticar, hablar o concentrarse en actividades escolares, incluyendo dolor, hinchazón o infección relacionada con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de una condición de salud dental que no está en forma para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista / higienista dental

(imprima o selle)

Firma del dentista / higienista dental

Secciones opcionales: si acepta divulgar esta información a la escuela de su hijo/a, inicie aquí.

II. Estado de salud oral (marque todo lo que corresponda).

- Sí  No **Experiencia de caries / historial de restauración** - ¿Alguna vez el niño tuvo una caries (tratada o no)? [Un relleno (temporal / permanente) O un diente que falta porque se extrajo como resultado de caries O una cavidad abierta].
- Sí  No **Caries no tratadas** - ¿tiene este niño/a una cavidad abierta? [Al menos ½ mm de pérdida de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración marrón a marrón oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las fosas y las lesiones cavitadas por fisuras, así como a las de las superficies lisas de los dientes. Si retiene la raíz, suponga que todo el diente fue destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados, más los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también esté presente una lesión cavitada].
- Sí  No **Sellantes Dentales Presentes**

Otros problemas (especificar): \_\_\_\_\_

II. Necesidades de tratamiento (marque todo lo que corresponda):

- No hay problema obvio. Se recomienda cuidado dental de rutina. Visite a su dentista regularmente.  
 Puede necesitar atención dental. Programe una cita con su dentista lo antes posible para una evaluación.  
 Se requiere cuidado dental inmediato. Programe una cita inmediatamente con su dentista para evitar problemas.