Certificado de Salud Dental- Opcional

Padre/madre/tutor legal: la ley del estado de Nueva York (Capítulo 281) permite a las escuelas solicitar una evaluación de salud bucal al mismo tiempo que se requiere un examen de salud. Su hijo 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 o higienista dental autorizado para una evaluación. Si su hijo tuvo un chequeo dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista/higienista dental que complete la Sección 2. Devuelva el formulario ya completado al director médico o la enfermera de la escuela lo antes posible.

Sección 1. Para ser completado por un padre o tutor legal (escribir con letra de molde)

Nombre del niño : Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha nacimiento: / / Mes Día Año

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Esta será la primera evaluación de salud bucal de su hijo ? ☐ Sí ☐ No

Escuela: Nombre

Grado

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

Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el niño 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 obtener los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena salud bucal.

También entiendo que recibir esta evaluación preliminar de salud bucal no establece ninguna relación nueva, en curso o continua entre médico y paciente. Además, no responsabilizaré al dentista ni a las personas que realizan esta evaluación por las consecuencias o los resultados si elijo NO seguir las recomendaciones indicadas a continuación.

Firma del padre/madre_____ Fecha

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

I. El estado de salud dental de _____ _____ en _____ (fecha de la evaluación). La fecha de la evaluación debe ser dentro de un periodo de 12 meses a partir del inicio del año escolar en el que se solicita. Marque uno:

☐ Sí, el estudiante mencionado anteriormente tiene un estado de salud dental adecuado para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

☐ No, el estudiante mencionado anteriormente no tiene un estado de salud dental adecuado para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: No tener un estado de salud dental adecuado significa que existe un problema que interfiere con la capacidad del estudiante para masticar, hablar o concentrarse en actividades escolares, como dolor, inflamación o infección relacionada con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no tener un estado de salud dental adecuado para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista/higienista dental (con letra de molde o sello)	**Firma del dentista/higienista dental**

Secciones opcionales – Si acepta divulgar esta información a la escuela de su hijo, escriba sus iniciales aquí. ☐

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

☐ Sí ☐ No **Antecedentes de restauración/experiencia de caries –** ¿Ha tenido el niño alguna vez una caries (tratada o no tratada)? [Un empaste (temporal / permanente) O le falta un diente porque se extrajo como resultado de una caries O caries abierta].

☐ Sí ☐ No **Caries no tratadas –** ¿Tiene este niño una carie abierta? [Al menos ½ mm de pérdida de la estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración café a café oscuro en las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las fosas y a las lesiones con cavidades por fisuras, así como a las superficies dentales lisas. Si se retiene la raíz, suponga que todo el diente fue destruido por la carie. Los dientes rotos o mellados, más los dientes con empastes temporales, se consideran sanos a menos que también esté presente una lesión con cavidad].

☐ Sí ☐ No **Selladores dentales presentes**

Otros problemas (Especifique):_____

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

☐ No hay problemas obvios. Se recomienda el cuidado dental de rutina. Visite a su dentista con regularidad.

☐ Es posible que necesite atención dental. Haga una cita con su dentista tan pronto como sea posible para que reciba una evaluación.

☐ Se requiere atención dental inmediata. Por favor haga una cita de inmediato con su dentista para evitar problemas.