Dental Health Certificate - Optional

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request an oral health assessment at the same time a health examination is required. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your registered dentist or registered dental hygienist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist/dental hygienist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle

Birth Date: / / Month Day Year

Sex: ☐ Male ☐ Female

Will this be your child's first oral health assessment? ☐ Yes ☐ No

School: Name

Grade:

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? ☐ Yes ☐ No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature_____ Date _____

Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

I. The dental health condition of _____ on_____ (date of assessment)

The date of the assessment needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested.

Check one:

☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's/ Dental Hygienist's name and address

(please print or stamp)

Dentist's/Dental Hygienist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

☐ Yes ☐ No **Caries Experience/Restoration History –** Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No **Untreated Caries –** Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits 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 **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify):_____

II. Treatment Needs (check all that apply):

☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.

☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.

☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

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: : ☐ Masculino ☐ Femenina

¿Es esta la primera evaluación de salud bucal de su hijo/a? ☐ Sí ☐ 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.