State of Illinois
Illinois Department of Public Health

Formulario de prueba del examen dental escolar

La ley de Illinois (Código de Examen de Salud Infantil, 77 Ill. Adm. Código 665) establece que todos los niños en el jardín de infantes y en segundo, sexto y noveno grado de cualquier escuela pública, privada o parroquial deben tener un examen dental. El examen debe haberse realizado en un plazo de 18 meses antes del 15 de mayo del año escolar. Un dentista licenciado debe completar el examen y firmar y fechar este Formulario de prueba de examen dental escolar. Si no puede obtener este examen obligatorio para su hijo, complete un Formulario de exención de examen dental por separado.

Este examen importante le permitirá saber si hay algún problema dental que requiera la atención de un dentista. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y estar preparados para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en etapas posteriores de la vida. Por este motivo, le agradecemos que contribuya a la salud y bienestar de su hijo.

Para que complete el padre, la madre o el tutor (en letra de imprenta):

Nombre del estudiante:	*Apellido*	*Primer nombre*	*Segundo nombre*	Fecha de nacimiento *(Mes/Día/Año)*:
Dirección:	*Calle*	*Ciudad*		*Código postal*
Escuela:	*Nombre*	*Código postal*	Nivel escolar:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Padre, madre o tutor:	*Apellido*	*Nombre*		

Raza/Origen étnico del estudiante:
☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico ☐ De Oriente Medio o norte de África ☐ Dos o más razas ☐ Desconocido ☐ Otro

---

To be completed by the dentist *(Para ser completado por el dentista)*:

Date of Most Recent Examination: _____ (Check all services provided at this examination date)

☐ Dental Cleaning ☐ Sealant ☐ Fluoride treatment ☐ Silver Diamine Fluoride ☐ 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 first 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 the appointment date or date of the most recent treatment.

☐ **Restorative Care** — amalgams, composites, crowns, etc. Appointment Date: _____

☐ **Preventive Care** — sealants, fluoride treatment, prophylaxis Appointment Date: _____

☐ **Pediatric Dentist Referral Recommended** Treatment Completion Date: _____

Office Address: _____ Office Phone: _____

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

Illinois Department of Public Health, Oral Health Section
217-785-4899 • TTY (hearing impaired use only) 800-547-0466 • www.dph.illinois.gov

Printed by Authority of the State of Illinois 4/26 IOCI 26-1541