



FORMULARIO DE PRUEBA DE EXAMEN DENTAL ESCOLAR

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 los 18 meses anteriores al 15 de mayo del año escolar. Un dentista autorizado debe completar el examen, 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 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 o tutor (en letra de imprenta):

Nombre del estudiante:	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año)
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Nombre de la escuela:	Código postal		Nivel de estudios:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Padre o tutor:	Apellido	Nombre		
Raza/Origen étnico del estudiante:				
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Nativo americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Desconocido	
<input type="checkbox"/> Otro				

To be completed by dentist:

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 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: _____

Office Address _____ Phone Number _____

Signature of Dentist _____ License #: _____ Date: _____

