

口腔健康评估表

加利福尼亚州法律 (教育法典第 49452.8 节) 规定您的子女在公立学校就读第一年的 5 月 31 日前必须做一次牙科检查。该检查必须由持加州执照的专业牙科人员进行并由其填写本表格的第二部分。如果您的子女在开学前 12 个月内已经做过牙科检查, 请您的牙医填写第二部分。如果您无法给您的子女做牙科检查, 请填写第三部分。

第一部分: 子女信息 (由家长或监护人填写)

子女名:	姓:	中间名缩写:	子女出生日期:
地址:			公寓号码:
城市:			邮政编号:
学校名称:	教师:	年级:	子女性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
家长/监护人姓名:	子女种族/族裔: <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 土著美国人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 夏威夷土著/太平洋岛国后裔 <input type="checkbox"/> 未知		

第二部分: 口腔健康资料收集 (由持加州执照的牙科专业人员填写)

重要须知: 分别考虑每个选项栏目并标明选择。

评估日期:	<u>龋齿史</u> (可见蛀牙和/或有补牙) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<u>可见蛀牙存在:</u> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<u>治疗的紧急性:</u> <input type="checkbox"/> 未发现明显问题 <input type="checkbox"/> 建议早期牙齿护理 (龋齿无痛或发炎或孩童可以受益于齿沟封闭或进一步检查) <input type="checkbox"/> 需立即治疗 (牙痛、发炎, 红肿或软组织损伤)
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 执照牙科专业人员签名 加州执照号码 日期 </div>			

第三部分: 豁免口腔健康评估要求

由请求豁免此要求的家长或监护人填写

请豁免本人子女的牙科检查, 因为: (请在最适当描述理由的选项框内打勾)

- 我无法找到一家接受我子女牙科保险计划的牙医诊所。
我子女的牙科保险计划是:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids 其他 _____ 无
- 我无法承担子女做牙科检查的费用。
- 我不想要我子女接受牙科检查。
- 可选填: 我子女无法做牙科检查的其他原因: _____

若请求豁免这个要求, 请在此签字: **家长或监护人签字** **日期**

法律规定学校必须为学生的健康信息保密。由于该法律, 您子女的姓名将不会出现在任何报告上。这些信息仅可用在与您子女健康有关的用途。如果有问题, 请致电您的学校。

请将此表格在您子女就读第一学年里**最晚于 5 月 31 日前交回学校**。
原件将保存在孩子的学校档案里。