



Urban Montessori CHARTER SCHOOL

Oakland CA — 510-842-1181

California law (Education Code Section 49452.8) states that your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within their scope of practice must perform the check-up and complete the Oral Health Data section of this form.

Student Name: _____
First Name Middle Name Last Name

Student Birth Date: _____
Month Day Year

Oral Health Data - to be filled by a California licensed dental professional

1. Assessment Date: _____
Month Day Year

2. Caries Experience-visible decay/fillings present: (circle one) YES NO

3. Visible decay present: (circle one) YES NO

4. Treatment urgency:
- No obvious problem found
 - Early dental care recommended
(Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)
 - Urgent care needed
(Pain infection, swallow or soft tissue lesions)

5. Signature & Date _____
Signature of CA Licensed Dental Professional

6. CA License Number _____



Urban Montessori CHARTER SCHOOL

Oakland CA — 510-842-1181

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece que su hijo debe tener un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California que opere dentro de su ámbito de práctica debe realizar el chequeo y completar la sección de Datos de salud oral de este formulario.

Nombre del estudiante: _____
Primer nombre segundo nombre apellido

Fecha de nacimiento del estudiante: _____
Mes Día Año

Datos de salud oral: para que los complete un profesional dental con licencia de California

5. Fecha de evaluación: _____
Mes Día Año

6. Experiencia de caries visible decaimiento / rellenos presentes: (circule uno) SÍ NO

7. Presente de descomposición visible: (circule uno) SÍ NO

8. Urgencia del tratamiento: No se encontró ningún problema obvio
 Se recomienda cuidado dental temprano
(La caries sin dolor o infección o el niño se beneficiaría con selladores o evaluaciones adicionales)
 Se necesita cuidado urgente
(Infección por dolor, lesiones de tejidos blandos o blandos)

5. Fecha de firma _____
Firma del profesional dental con licencia de CA

6. Número de licencia de CA _____