

# Distrito Escolar Unificado de Rocklin

Servicios de salud

[www.RocklinUSD.org/Health](http://www.RocklinUSD.org/Health)



## Prueba de salud dental

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

La ley de California (Código de Educación Sección 49452.8) establece que todos los estudiantes deben tener un examen dental. Los exámenes dentales sólo encuentran problemas dentales obvios y sirven para identificar a los estudiantes que necesitan más examen y tratamiento dental.

- El estudiante arriba mencionado ve a un dentista con regularidad.
- El estudiante arriba mencionado no tiene un dentista.
- Nos gustaría ayuda para encontrar un dentista, o programar una cita.
- Nos gustaría asistencia verificando nuestra cobertura de seguro o de opciones.
- Podemos necesitar ayuda económica para los procedimientos no cubiertos por el seguro.
- Otros: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para ser revisado en la escuela**

En la fecha del \_\_\_\_\_ un profesional dental con licencia va a venir a la clase de su estudiante. Si usted consiente que su estudiante reciba un examen dental, éste cumplirá con el requisito legal. Los resultados serán archivados en la escuela y enviados a casa.

- Consiento que el estudiante nombrado arriba reciba un examen dental básico. No sostendré al profesional dental responsable de las consecuencias o resultados de la salud oral si decido NO seguir las recomendaciones enviadas a casa después de la prueba. Entiendo:
  1. Se tomarán N o radiografías.
  2. La proyección no toma el lugar de un examen dental completo y que w malos necesidad de asegurar los servicios de un dentista para que mi estudiante reciba un examen dental completo necesario para establecer y mantener la salud bucal.
  3. R ECEPCIÓN este examen dental no establece ninguna d ental profesional nueva, permanente o continua - relación paciente. Soy libre para establecer tales anuncio ental profesional- relación paciente para que mi hijo en el futuro con la realización denc al profesional de esta prueba de detección u otro de mi elección.
- No quiero que mi estudiante se proyectará en este momento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / guardián en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Doy mi permiso para que el dentista de la prueba me contacte y discuta preocupaciones dentales si es necesario.

Prefiero ser contactado por:

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / guardián en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha