



PROOF OF SCHOOL DENTAL EXAMINATION FORM

Illinois law (Child Health Examination Code, 77 Ill. Adm. Code 665) states all children in kindergarten, second, sixth, and ninth grades of any public, private, or parochial school shall have a dental examination. The examination must have taken place within 18 months prior to May 15 of the school year. A licensed dentist must complete the examination, sign, and date this Proof of School Dental Examination Form. If you are unable to get this required examination for your child, fill out a separate Dental Examination Waiver Form.

This important examination will let you know if there are any dental problems that require attention by a dentist. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy, and ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of your child.

To be completed by the parent or guardian (please print)

Student's Name: Last	First	Middle	Birth Date: (Month/Day/Year)
Address: Street	City	ZIP Code	
Name of School:	ZIP Code	Grade Level:	
Parent or Guardian: Last Name	First Name		
Select from the below general racial category which most clearly reflects the student's recognition of his or her community or with which the student most identifies.			
<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Asian			
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Two or More Races			

To be completed by dentist

Date of Most Recent Examination: _____ (Check all services provided at this examination date)
 Dental Cleaning
 Sealant
 Fluoride treatment
 Restoration of teeth due to caries

Oral Health Status

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). Please list appointment date or date of most recent treatment completion date.

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Restorative Care — amalgams, composites, crowns, etc. | Appointment Date: _____ |
| <input type="checkbox"/> Preventive Care — sealants, fluoride treatment, prophylaxis | Appointment Date: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pediatric Dentist Referral Recommended | Treatment Completion Date: _____ |

Dental Office Address: _____ Office phone number: _____

Signature of Dentist _____ Date _____



DENTAL EXAMINATION WAIVER FORM

Please print

Student's Name:	Last	First	Middle	Birth Date: (Month/Day/Year)
Address:	Street	City		ZIP Code
Name of School:	ZIP Code		Grade Level:	
Parent or Guardian:	Last Name		First Name	
<p>Select from the below general racial category which most clearly reflects the student's recognition of his or her community or with which the student most identifies.</p> <p> <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Two or More Races </p>				

I am unable to obtain the required dental examination because:

- My child is enrolled in the free and reduced lunch program and is not covered by private or public dental insurance (Medicaid / All Kids).
- My child is enrolled in the free and reduced lunch program and is ineligible for public insurance (Medicaid / All Kids).
- My child is enrolled Medicaid / All Kids, but we are unable to find a dentist or dental clinic in our community that is able to see my child and will accept Medicaid / All Kids.
- My child does not have any type of dental insurance, and there are no low-cost dental clinics in our community that will see my child.

Parent or Guardian Signature _____ Date: _____

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





COMPROBANTE DE FORMULARIO DE EXAMEN DENTAL PARA LA ESCUELA

La ley del Estado de Illinois (Código de Exámenes de Salud Infantil, punto 77 del Código Administrativo 665) indica que todos los niños en el jardín de infancia, así como en los grados segundo, sexto y noveno de cualquier escuela pública, privada o parroquial, se someterán a un examen dental. El examen tendrá lugar en el plazo de 18 meses antes del 15 de mayo del año escolar. Un dentista profesional deberá llevar a cabo el examen, así como firmar y ponerle fecha a este comprobante de formulario de examen dental para la escuela. Si no puede procurarle este examen obligatorio a su hijo, llene un Formulario de Exención de Examen Dental por separado.

Este importante examen le permitirá saber si existen problemas al nivel de los dientes que requieran la atención de un dentista. Los niños necesitan una buena higiene bucal para conversar con confianza, expresarse, estar saludables y preparados para el aprendizaje. La mala higiene bucal ha estado vinculada con un bajo rendimiento en la escuela, relaciones sociales deficientes y menos éxito en etapas posteriores de la vida. Por tal motivo, le agradecemos al hacer este aporte a la salud y bienestar de su hijo.

Para uno de los padres o el tutor (escriba en letra de molde)

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento:(mes/día/año) / /
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Nombre de la escuela:	Código postal	Nivel de grado:		
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
De las siguientes categorías raciales, elija la que refleje con mayor claridad el reconocimiento de la comunidad del estudiante o con el que el estudiante se identifique en mayor medida.				
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Asiática				
<input type="checkbox"/> Amerindia o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Mestiza				

Para el dentista

Fecha del examen más reciente: _____ (seleccione todos los servicios que se presentaron a la fecha de este examen)

Limpieza dental Aplicación de sellador dental Tratamiento con flúor Reparación de dientes cariados

Estado de salud bucal (seleccione todos los que correspondan)

Sí No **Presencia de selladores dentales en los molares permanentes**

Sí No **Experiencia con caries/antecedentes de reparación:** empaste (temporal/permanente) O diente ausente porque se extrajo a consecuencia de una caries O ausencia de primeros molares permanentes.

Sí No **Caries sin tratar:** pérdida de al menos 1/2 mm de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración de parda a parda oscuro en las paredes de la lesión. Estos criterios corresponden a lesiones con caries en forma de hoyo o fisura, así como otras superficies blandas del diente. Si se mantuvo la raíz, asuma que la caries destruyó el diente completo. Los dientes fracturados o astillados, así como los que tienen empastes temporales, se consideran sanos, a menos que haya presencia de lesión con caries.

Sí No **Tratamiento urgente:** absceso, nervio expuesto, estado avanzado de la enfermedad, señales o síntomas que incluyen dolor, infección o inflamación.

Necesidades de tratamiento (seleccione todas las que correspondan). Enumere la fecha de consulta o fecha en que se llevó a cabo el tratamiento más reciente.

Reparación: amalgamas, compuestos, coronas, etc. Fecha de la cita: _____

Cuidados preventivos: aplicación de sellador dental, tratamiento con flúor, profilaxis Fecha de la cita: _____

Se recomienda remisión a dentista pediátrico Fecha en que realizó el tratamiento: _____

Dirección del consultorio dental: _____ Número de teléfono de la oficina.

Firma del dentista _____ Fecha _____





FORMULARIO DE EXENCIÓN DE EXAMEN DENTAL

Agradecemos usar letra de molde

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento: (mes/día/año) / /
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Nombre de la escuela:	Código postal		Nivel de grado:	
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
De las siguientes categorías raciales, elija la que refleje con mayor claridad el reconocimiento de la comunidad del estudiante o con el que el estudiante se identifique en mayor medida.				
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Mestiza				

Se me imposibilita realizar el examen dental obligatorio porque:

- Mi hijo está inscrito en el programa de comedor escolar gratuito y a precios reducidos, y no cuenta con cobertura médica dental de tipo público ni privado (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo está inscrito en el programa de comedor escolar gratuito y a precios reducidos y no puede optar por el seguro público (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo está inscrito en Medicaid/All Kids, pero no podemos ubicar a ningún dentista o ninguna clínica dental en nuestra comunidad que sea capaz de atender a mi hijo y aceptar Medicaid/All Kids.
- Mi hijo no tiene ningún tipo de seguro dental, y no existen clínicas dentales de interés popular en nuestra comunidad que atiendan a mi hijo.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha: _

Departamento de Salud Pública de Illinois, División de Salud Bucal
217-785-4899 • TTY (para uso exclusivo de impedidos de la audición) 800-547-0466
• www.dph.illinois.gov

