

口腔健康评估表

加州法律（《教育法》第 49452.8 条）规定，每个孩子必须在公立学校就读第一年 5 月 31 日前进行牙科检查（评估）。必须由一名加州执业牙医进行检查并填写此表格的第 2 部分。如果您的孩子在过去 12 个月内接受过牙科检查，请您的牙医填写第 2 部分。如果您无法为孩子进行牙科检查，请填写单独的《口腔健康评估要求豁免表》。

通过此评估，您可以了解是否存在需要牙医关注的牙齿问题。该评估还将用于评估我们的口腔健康计划。孩子需要良好的口腔健康才能自信地说话、表达自己、保持健康并为学习做好准备。口腔健康状况不佳与学习成绩低、社会关系不佳以及以后生活中的成功率较低有关。为此，我们感谢您为加州孩子的健康和福祉做出的贡献。

第 1 部分：孩子信息（由家长或监护人填写）

孩子的名字：	姓氏：	中间名首字母：	孩子的出生日期： 月 - 日 - 年
地址：			公寓：
城市：			邮政编码：
学校名称：	老师：	年级：	孩子开始上幼儿园的年份： 四 位 数 年
家长/监护人名字：	家长/监护人姓氏：		孩子性别： ☐ 男性 ☐ 女性
孩子的种族/民族：	☐ 白人 ☐ 黑人/非裔美国人 ☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 亚裔 ☐ 其他（请说明） ☐ 美洲原住民 ☐ 多元种族 ☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐ 不详		

下页继续

第 2 部分：口腔健康数据收集（由加州执业牙科专业人士填写）

重要提示： 分别考虑每个方框。标记每个方框。

评估日期： 月 - 日 - 年	未治疗的腐烂 (可见腐烂现象) ☐ 是 ☐ 否	*龋齿体验 (可见腐烂和/或填充物) ☐ 是 ☐ 否
治疗紧急程度： ☐ 未发现明显问题 ☐ 建议尽早进行牙齿护理 (无疼痛或感染的龋齿；或孩子可从封闭剂或进一步评估中受益) ☐ 需要紧急护理 (疼痛、感染、肿胀或软组织病变)		
_____ 执业牙科专业人士签名 _____ CA 执照号码 _____ 日期		

*如果有未经治疗的龋齿 或 填充物，则在龋齿经历处勾选“是”
如果没有未治疗的龋齿 且 没有填充物，则在龋齿经历处勾选“否”

第 3 部分：紧急护理跟进（由负责跟进的实体填写）

家长通知孩子有以下紧急牙科护理需求：	月 - 日 - 年
已为该孩子安排了以下复诊：	月 - 日 - 年
孩子是否接受了所需的治疗？ ☐ 是的 ☐ 否 (如果没有，将鼓励负责跟进的实体与家长重新核实) ☐ 我不知道	

法律规定学校必须对学生的健康信息保密。根据这项法律，您的孩子的名字将不会出现在任何报告中。此信息仅可用于与您孩子的健康相关的目的。如果您有任何疑问，请致电您的学校。

请在您孩子入学第一学年的 5 月 31 日之前将此表格交回学校。

原件将保存在孩子的学校记录中。