

구강 건강 평가 양식

캘리포니아 주법(교육법 섹션 49452.8)에 따르면 모든 어린이는 공립학교에 입학한 첫 해의 5월 31일까지 치과 검진(평가)을 받아야 합니다. 캘리포니아 면허를 소지한 치과 전문의가 검진을 실시하고 이 양식의 섹션 2를 작성해야 합니다. 자녀가 지난 12개월 이내에 치과 검진을 받은 경우, 치과 의사에게 섹션 2를 작성해 달라고 요청하세요. 자녀의 치과 검진을 받을 수 없는 경우, 별도의 구강 건강 평가 요건 면제 양식을 작성하세요.

이 평가는 치과 의사의 진료에 필요한 치아 문제가 있는지 알려줍니다. 이 평가는 구강 건강 프로그램을 평가하는 데도 사용됩니다. 아이들이 자신감 있게 말하고, 자신을 표현하고, 건강하고, 학습할 준비가 되려면 구강 건강이 좋아야 합니다. 구강 건강이 좋지 않으면 학교 성적이 낮아지고, 사회적 관계도 나빠지며, 나중에 인생에서 성공하기 어려워집니다. 이러한 이유로 캘리포니아 어린이들의 건강과 복지에 기여해 주신 여러분께 감사드립니다.

섹션 1: 자녀의 정보(학부모 또는 보호자가 작성)

자녀의 이름:	성:	중간 이니셜:	자녀의 생년월일: 월월 - 일일 - 년년년년
주소:			아파트:
시:			우편번호:
학교 이름:	교사:	학년:	자녀가 유치원을 시작하는 연도: 년 년 년 년
학부모/보호자 이름:	학부모/보호자 성:		자녀의 성별: ☐ 남성 ☐ 여성
자녀의 인종/민족:	☐ 백인 ☐ 흑인/아프리카계 미국인 ☐ 히스패닉/라티노 ☐ 아시아인 ☐ 기타(명시해 주세요) ☐ 아메리카 원주민 ☐ 다인종 ☐ 하와이 원주민/태평양 섬 주민 ☐ 알 수 없음		

다음 페이지에서 계속

섹션 2: 구강 건강 데이터 수집(캘리포니아 면허를 소지한 치과 전문의가 작성)

중요 참고 사항: 각 확인란을 개별적으로 고려하세요. 각 확인란에 표시하세요.

평가 날짜: 월월 - 일일 - 년년년년	치료되지 않은 충치 (눈에 보이는 충치가 있음) ☐ 예 ☐ 아니요	*충치 경험 (눈에 보이는 충치 및/또는 충전물이 있음) ☐ 예 ☐ 아니요
치료 긴급성: ☐ 명백한 문제 발견되지 않음 ☐ 조기 치과 치료 권장 (통증이나 감염이 없는 충치, 또는 자녀가 실런트 시술이나 추가 평가로 이익을 얻을 수 있음) ☐ 긴급 치료가 필요함 (통증, 감염, 부종 또는 연조직 병변)		
월월 - 일일 - 년년년년 면허를 소지한 치과 전문의 서명 CA 면허 번호 날짜		

*치료되지 않은 충치 또는 충전물이 있는 경우 충치 경험에 대해 "예"에 체크표시하세요
치료되지 않은 충치 및 충전물이 없는 경우 충치 경험에 대해 "아니요"에 체크표시하세요

섹션 3: 긴급 치료 후속 조치(후속 조치를 담당하는 기관에서 작성)

학부모가 자녀에게 긴급한 치과 치료가 필요하다는 사실을 다음과 같이 통보했습니다:	월월 - 일일 - 년년년년
이 어린이를 위한 후속 진료 예약은 다음과 같습니다:	월월 - 일일 - 년년년년
자녀가 필요한 치료를 받았나요? ☐ 예 ☐ 아니요 ('아니요'인 경우 후속 조치를 담당할 기관에서 학부모에게 다시 확인하도록 권장합니다.) ☐ 모르겠습니다	

법에 따르면 학교는 학생의 건강 정보를 비공개로 유지해야 합니다. 이 법에 따라 자녀 이름은 어떤 보고서에도 포함되지 않습니다. 이 정보는 자녀의 건강과 관련된 목적으로만 사용될 수 있습니다. 질문이 있으시면 학교에 전화해 주세요.

이 양식은 늦어도 자녀의 첫 학년도 5월 31일까지 학교에 제출해야 합니다.

원본은 자녀의 학교 생활기록부에 보관됩니다.