

구강 건강 평가 양식

캘리포니아 법(교육법전 단락 49452.8)에 따르면 귀하의 자녀가 공립학교 첫 해의 5월 31일까지 구강 검진을 받아야 한다고 되어 있습니다. 자신의 의료 범위 내의 캘리포니아 면허증을 가진 구강 전문가가 검진을 하고 본 양식의 부문 2를 작성해야 합니다. 자녀가 학교 시작 전 12개월 내에 구강 검사를 받았으면 진료 받은 치과 의사에게 부문 2를 작성해달라고 요청하십시오. 자녀가 구강 검진을 못받는 경우에는, 부문 3을 작성하십시오.

부문 1: 자녀의 정보 (부모 혹은 보호자가 작성)

자녀의 이름:	성:	중간 머리글자:	자녀의 출생일:
주소:			아파트:
도시:			우편번호:
학교 이름:	교사:	학년:	자녀의 성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
부모/보호자 이름:	자녀의 인종/민족 집단: <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 남미계/라티노 <input type="checkbox"/> 아시아계 <input type="checkbox"/> 미국 원주민 <input type="checkbox"/> 다인종 <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/태평양 섬사람 <input type="checkbox"/> 모름		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

부문 2: 구강 건강 정보 수집(캘리포니아 면허증을 가진 구강 전문의가 작성)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

주의 사항: 각 칸을 따로 고려할 것. 각 칸에 표시할 것.

Assessment Date 평가 일자:	<u>Caries</u> <u>Experience 충치 경험</u> (Visible decay and/or fillings present 눈에 보이는 충치 및/혹은 이 때운 것) <input type="checkbox"/> Yes 예 <input type="checkbox"/> No 아니오	<u>Visible Decay</u> <u>Present</u> 눈에 보이는 충치: <input type="checkbox"/> Yes 예 <input type="checkbox"/> No 아니오	<u>Treatment Urgency 치료의 응급여부:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found 별 문제 발견되지 않음 <input type="checkbox"/> Early dental care recommended 신속한 구강 치료 권고 (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation (통증이나 감염없는 충치 혹은 실란트나 추가적 평가를 하면 아이한테 도움이 되겠다.) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) 긴급한 치료 필요(통증, 감염, 부어오름, 혹은 연조직 손상)
<u>Licensed Dental Professional Signature</u> 면허증 있는 구강 전문의 서명			<u>CA License Number</u> 캘리포니아 면허증 번호
			<u>Date</u> 날짜

