

Form sa Pagtasa ng Kalusugang Pambibig

Isinasaad sa batas ng California (*Education Code Section 49452.8*) na ang anak ninyo ay dapat magpatingin ng ngipin na hindi lalampas ng **May 31** sa unang taon niya sa paaralang-bayan. Ang isang professional sa ngipin na lisensiyado ng California na nagsasagawa na sakop ng kanyang pangagamot ay ang dapat gaganap ng pagpapatingin at sasagot sa Section 2 ng form nito. **Kung ang anak ninyo ay nagpatingin na ng ngipin sa loob ng 12 buwan bago siya magsimula ng pag-aaral, hilingin sa dentist ninyo na sagutin ang Section 2.** Kung hindi kayo makapapatingin ng ngipin ng anak niyo, sagutin ninyo ang Section 3.

Section 1: Kabatiran ukol sa Bata (Sinagot ng magulang o tagapag-alaga)

Pangalan ng Bata:	Apelyido:	Unang Titik ng Gitnang Pangalan:	Kapanganakan ng Bata:
Tirahan:			Apt.:
Lunsod:			ZIP code:
Pangalan ng Paaralan:	Guro:	Grade:	Kasarian ng Bata: <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae
Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga:	Lahi/Lipi ng Bata: <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Itim/Amerikanong may lahing Afrikanong <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Katutubong Amerikano <input type="checkbox"/> Di-iisang Lahi <input type="checkbox"/> Iba pa _____ <input type="checkbox"/> Katutubong Hawayano/Taga-Pacific <input type="checkbox"/> Di-alam		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional) Data sa Kalusugang Pambibig (Sinagot ng professional sa ngipin na lisensiyado ng California)

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

MAHALAGANG PAUNAWA: Isaalang-alang nang hiwalay ang bawat box. Takdaan ang bawat box.

Assessment Date: Petsa ng Pagtasa:	<u>Caries Experience</u> <u>Karanasang Pagbubulok</u> (Visible decay and/or fillings present) (May hantad na bulok at/o mga pasta) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<u>Visible Decay Present:</u> <u>May hantad ng Bulok:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<u>Treatment Urgency:</u> <u>Pangangailangan ng Madaliang Paggamot:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Walang nakitang problema <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Pinapayo ang maagang paggamot sa ngipin (Pagbubulok na walang sakit o naknak o makikinabang ang bata sa sealant (pantikom) o karagdagang pagpapatingin) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) Kinakailangan agad ng paggamot (kirot, naknak, pamamaga o mga sugat sa himaymay)
Licensed Dental Professional Signature Lagda ng Lisensiyadong Professional sa Ngipin		CA License Number CA License Number	Date Petsa

Section 3: Pagpapaubaya ng Pangangailangan sa Pagtasa ng Kalusugang Pambibig
Sinagot ng magulang o tagapag-alaga na humihiling ng patawad sa pangangailangang ito

Paki-patawarin ang anak ko sa pagpapatingin ng ngipin dahil: (I-check ang box na pinakamainam na naglalarawan ng dahilan)

- Hindi ako makahanap ng pagamutan ng dentist na tumatanggap ng dental insurance plan ng anak ko.
Ang dental insurance plan ng anak ko ay:
 - Medi-Cal/Denti-Cal
 - Healthy Families
 - Healthy Kids
 - Iba pa _____
 - Wala
 - Hindi ko kaya ang pagpapatingin ng ngipin ng anak ko.
 - Hindi ko gusto na magpatingin ng ngipin ang anak ko.
- Di-sapilitan: iba pang mga dahilan kaya hindi makapagpatingin ng ngipin ng anak ko: _____

Kung kayo ay humihiling ng patawad sa pangangailangan na ito: ► _____
Lagda ng magulang o tagapag-alaga Petsa

Isinasaad sa batas na dapat kupkopin na lihim ng mga paaralan ang mga kaalaman ukol sa kalusugan ng mag-aaral. Ang pangalan ng anak ninyo ay hindi magiging bahagi ng anumang pag-uulat bilang bunga ng batas nito. Maaaring gamitin lamang ang kaalaman nito para sa mga layunin na may kinalaman sa kalusugan ng anak ninyo. Kung kayo ay may mga katanungan, paki-tawagan ang paaralan ninyo.

Ibalik ang form nito sa paaralan nang hindi lalampas ng May 31 sa unang taon sa paaralan ng anak ninyo.
Ang original ay kukupkopin sa record ng anak ninyo sa paaralan.

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]