



**PALO ALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
25 Churchill Avenue Palo Alto, California 94306

---

**HEALTH SERVICES**

(650) 833-4257 Fax (650) 833-4265

Linda Lenoir, R.N., MSN - District Nurse (650) 329-3766

Dear Parents,

To ensure that your child is ready for school and maximum learning, California law now requires that your child have an oral health assessment (**dental check-up**) in either kindergarten or first grade, whichever is his or her **first year in public school**. This assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement.

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. **Return the form to Central Attendance.** Additional copies of the necessary form are available at your child's school. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal:  
1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. For help in enrolling your child in Medical/Denti-Cal, or the Children's Health Initiative Insurance Information line, call 1-888-244-5222.  
In San Mateo County, call 650-802-5018 or Mobile Health at 650-573-2786. In Santa Clara County call 408-271-5600.
2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. For additional resources that may be helpful, contact the local public health department at. In San Mateo County, call 650-802-5018. In Santa Clara County call 408-271-5600.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact Linda Lenoir at 650-329-3766.

Sincerely,

Linda Lenoir  
District Nurse



**PALO ALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
25 Churchill Avenue Palo Alto, California 94306

---

**HEALTH SERVICES**

(650) 833-4257 Fax (650) 833-4265

Linda Lenoir, R.N., MSN - District Nurse (650) 329-3766

Estimado Padre o Apoderado:

Para asegurarnos de que su estudiante está listo/a para la escuela y el máximo aprendizaje, la ley de California ahora requiere que su estudiante tenga un asesoramiento de salud oral (**chequeo dental**) en kindergarten o primer grado, cualquiera que sea su **primer año en una escuela pública**. Este chequeo debe ser realizado por un dentista licenciado u otro profesional de la salud dental licenciado o registrado. Los chequeos que se hayan hecho dentro de los últimos 12 meses antes de que su estudiante entre a la escuela cumplen con este requisito.

Lleve la Solicitud de Chequeo de Salud Oral / Exoneración a la oficina dental. Si no puede llevar a su estudiante para este chequeo requerido, por favor indique la razón en la Sección 3 de este formulario.

**Devuelva el formulario a la oficina Central de Asistencia.** Hay copias adicionales del formulario disponibles en la escuela de su estudiante. La identidad de su estudiante no será asociada con cualquier reporte producido como resultado de este requisito.

Los siguientes recursos le ayudarán a encontrar un dentista para completar este requisito para su estudiante:

1. La línea gratis o la página en la Internet de Medi-Cal/Denti-Cal le pueden ayudar a encontrar un dentista que acepte Denti-Cal; 1-800-322-6384; <http://denti-cal.ca.gov>. Para ayuda para matricular a su estudiante en Medical/Denti-Cal, Healthy Families o Healthy Kids, llame al 1-888-244-5222. En el Condado de San Mateo, llame al 650-802-5018 o a la Salud Móvil (Mobile Health) al 650-573-2786. En el Condado de Santa Clara, llame al 408-271-5600.
2. La línea gratis de Healthy Families o su página en la Internet le puede ayudar a encontrar un dentista que acepte el seguro de Healthy Families, o para averiguar si su estudiante se puede matricular en el programa: 1-800-880-5305 o <http://healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Para recursos adicionales que le pueden ayudar, comuníquese con el departamento de salud local. En el Condado de San Mateo, llame al 650-802-5018. En el Condado de Santa Clara llame a 408-271-5600

Si tiene alguna pregunta acerca del nuevo requisito de chequeo dental, por favor comuníquese con Linda Lenoir al 650-329-3766.

Atentamente,

Linda Lenoir  
District Nurse

## Oral Health Assessment/Waiver Request Form Chequeo de Salud Oral/ Solicitud de Exoneración

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment by May 31 in kindergarten or first grade, whichever is his or her first year of public school. The law specifies that the assessment must be performed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. Oral health assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. If you cannot take your child for this assessment, you may be excused from this requirement by filling out Section 3 on the back of this form.

### Section 1 – Sección 1

**To be completed by the parent or guardian    Para ser completado por el padre o apoderado**

Child's First Name: <small>Nombre del Estudiante</small>	Last Name: <small>Apellido</small>	Middle Initial: <small>Inicial Segundo Nombre</small>	Child's birth date: <small>Fecha de Nacimiento</small>
Address/Dirección:			Apt.:
City/Ciudad			ZIP code/Código Postal:
School Name/Escuela:	Teacher/Maestro(a):	Grade/Grado:	Child's Gender/Sexo: <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino
Child's Ethnicity/Etnicidad:	Parent/Guardian Name-Nombre del Padre/Apoderado:		

### Section 2 – Sección 2 Oral Health Data Collection

**To be completed by the dental professional conducting the assessment**  
**Para ser completado por el profesional dental que realiza el chequeo**

Assessment Date:	Visible fillings present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible caries present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed
------------------	--	--	--

\_\_\_\_\_ **Dental professional's signature**

\_\_\_\_\_ **Date**

**Return this form to Central Attendance**  
**Devuelvan este formulario a la oficina Central de Asistencia**

*Original to be retained in child's school record. El original quedara en el archivo del estudiante.*

**Section 3 – Sección 3  
Waiver of Oral Health Assessment Requirement  
Exoneración del Requisito de Chequeo de Salud Oral**

**To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement**  
**Para ser completado por un padre o apoderado solicitando ser exonerado de este requisito**

**I request that my child be excused from the oral health assessment** requirement for the following reason: (Please check the box that best describes the reason.)

Solicito que mi hijo(a) sea exonerado(a) del requisito de chequeo de salud oral por la siguiente razón: (Por favor marque el casillero que describe mejor la razón.)

I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan.  
No puedo encontrar una oficina dental que acepta mi plan de seguro dental

My child is covered by the following insurance plan / Mi hijo esta asegurado por el siguiente plan:

Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  None-Ninguno  Other-Otro \_\_\_\_\_

I cannot afford an oral health assessment for my child – No puedo pagar un chequeo de salud oral para mi hijo(a)

I do not wish my child to receive an oral health assessment – No deseo que mi hijo(a) reciba un chequeo de salud oral

Optional: other reasons my child could not get an oral health assessment:

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo de salud oral \_\_\_\_\_

California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement. If you have any questions about this requirement, please contact your school office or Carol Zepecki at 650-833-4263

**Signature of parent or guardian**  
**Firma del padre o apoderado**

**Date**  
**Fecha**

**Return this form to Central Attendance**  
**Devuelvan este formulario a la oficina Central de Asistencia**

*Original to be retained in child's school record. El original quedara en el archivo del estudiante*