

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 전문의가 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</u> 충치 경험 (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</u> 치료의 응급 여부: <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

부문 3: 필수 구강 건강 평가 면제 신청

이 필수사항을 면제받고자 하는 부모나 보호자가 작성할 것

다음의 이유로 저희 자녀의 구강 검진을 면제해 주십시오: (가장 이유를 잘 설명한 것에 체크 표시를 하시오)

내 아이의 치과 의료보험이 적용되는 치과 의사 사무소를 찾을 수 없다.

내 아이의 치과 의료보험은:

Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids 기타 _____ 없음

내 아이의 구강 검진을 할 경제적 여유가 없다.

나는 내 아이가 구강 검진하는 것을 원치 않는다.

선택: 자녀가 구강 검진을 받지 못한 다른 이유: _____

이 필수 검진을 면제받기를 원할 경우: ► _____

부모 혹은 보호자의 서명

날짜

법에 따르면 학교가 학생의 건강 정보를 비밀로 하도록 되어 있습니다. 이 법에 따라 귀하의 자녀 이름이 어떤 보고서에도 올라가지 않을 것입니다. 이 정보는 귀하의 자녀의 건강에 관련된 목적으로만 사용될 수 있습니다. 질문이 있으시면 학교에 전화하십시오.

자녀의 학교 첫 해 5월 31 일까지는 이 양식을 자녀의 학교로 돌려보내 주십시오.

원본은 자녀의 학교 기록에 보관됩니다.

[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.]