

**Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh
Oficina de Matrículas
191 Washington Street
Newburgh, NY 12550
(845) 563-KIDS (5437) Fax: (845) 568-6679**

Sitio de Internet: www.newburghschools.org

**Documentos Necesarios para Matricular a un Estudiante
en el Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh**

1. Certificado de nacimiento
2. Expediente de inmunizaciones/vacunas
3. Copia del último examen físico
4. Prueba de la dirección, por ejemplo:
 - Comprobante de servicios (gas, aceite, electricidad, teléfono, o cable)
 - Contrato de arriendo/contrato de alquiler, recibo del arriendo
 - Comprobante de hipoteca
 - Correspondencia de una agencia del gobierno: DSS, Seguro Social, Ayuda para Niños
5. Identificación con foto del padre/guardián expedida por el gobierno
6. El reporte de notas/calificaciones más reciente, o un IEP

**Un niño/niña puede ser matriculado únicamente por un padre, madre,
guardián legal asignado por la corte, o asistente social**

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE VIVIENDA

COMPLETE ESTE FORMULARIO SOLAMENTE: (1) SI REFLEJA EL ESTADO ACTUAL DE VIVIENDA DE SU HIJO/HIJA; O (2) SI SU ESTADO ACTUAL DE VIVIENDA ES QUE USTED ES UN JOVEN O UNA JOVEN QUE NO VIVE CON UN PADRE/MADRE/GUARDIAN LEGAL.

(Las respuestas que dé a las siguientes preguntas ayudarán al distrito a determinar los servicios que usted o su hijo o hija podrán recibir bajo el Acta de McKinney-Vento. Los estudiantes protegidos por el Acta de McKinney-Vento tienen derecho a matricularse en la escuela inmediatamente aun cuando no tengan los documentos que normalmente se necesitan, tales como la prueba de la dirección, reportes escolares, registros de inmunización, o certificado de nacimiento. Los estudiantes protegidos por el Acta de McKinney-Vento también podrían tener derecho a transporte gratuito y a otros servicios).

Marque la casilla correspondiente si:

- está viviendo en un albergue
 - está viviendo en un hotel/motel por falta de una vivienda alternativa, adecuada
 - está viviendo en una estación de trenes o autobuses, en un automóvil, o en un campamento
 - está esperando colocación *permanente* en un centro de crianza
 - está viviendo con familiares u otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas, o razones similares
es esta situación de vivienda con familiares u otras personas **temporal** o **permanente** ?
(por favor encierre en un círculo una de las dos palabras anteriores)
 - hay niños o niñas en la casa entre 3 y 5 años de edad
 - otro, por favor explique _____
-

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN NAME: _____
(Por Favor Use Letra de Imprenta)

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE: _____
(Por Favor Use Letra de Imprenta)

NUMERO DE TELEFONO: Casa _____ Celular _____



CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR ("Home Language Questionnaire, HLQ") – Spanish

*Estimado Padre/Madre o Guardián:
Para poder ofrecer a su hijo(a) la mejor educación posible, necesitamos determinar cuán efectivamente él o ella entiende, habla, lee y escribe el idioma inglés. Su ayuda será apreciada si contesta estas preguntas.*

Gracias.

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL ESCOLAR (TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL)

DISTRITO (District)	IMPRIMA O ESCRIBA CLARAMENTE (Please print or type Clearly)		
ESCUELA (School)	GRADO (Grade)		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Student Name)			
FECHA DE NACIMIENTO (Date Of Birth)			
Mes: (Month)	Día: (Day)	Año: (Year)	
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE (Student Identification Number)			
PAIS NATAL O ASCENDENCIA (Country of Birth/Ancestry)			
NUMERO DE AÑOS MATRICULADO EN ESCUELA(S) FUERA DE LOS E.U. (Number of years enrolled in school outside the U.S.)			
NOMBRE/POSICIÓN DEL PERSONAL ESCOLAR LLENANDO ESTA SECCION (Name/Position School Personnel Completing This Section)			
DETERMINACIÓN: (Determination)	<input type="checkbox"/> Posiblemente LEP (Possibly LEP) <input type="checkbox"/> Dominante en Inglés (English Proficient)		

(✓ Marque las casillas que aplican)

- ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar o residencia del estudiante? Inglés Español Otro _____
(Especifique cuál)
- ¿En qué idioma(s) se le habla al estudiante la mayor parte del tiempo en el hogar o residencia? Inglés Español Otro _____
(Especifique cuál)
- ¿Qué idioma(s) entiende el estudiante? Inglés Español Otro _____
(Especifique cuál)
- ¿Qué idioma(s) habla el estudiante? Inglés Español Otro _____
(Especifique cuál)
- ¿En qué idioma(s) lee el estudiante? Inglés Español Otro _____ No lee
(Qué idioma)
- ¿En qué idioma(s) escribe el estudiante? Inglés Español Otro _____ No escribe
(Qué idioma)
- ¿En su opinión, qué tan bien el estudiante entiende, habla, lee y escribe inglés?

	Muy bien	Un poco	Nada
Entiende Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lee Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribe Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario de Matrícula del
Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh
(Por favor llene este formulario con tinta azul)

DATOS DEL/DE LA ESTUDIANTE Estudió antes en el Distrito? _____ Fecha de Matrícula _____

Sólo para uso de la escuela: Escuela _____ ID# _____ Grado _____

Nombre del/de la Estudiante _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Masculino _____ Femenino _____ Fecha de Nacimiento _____ Verificada por _____

Identificación Racial y Etnica del/de la Estudiante: Conteste ambas preguntas, la # y la #2. Por favor lea las preguntas antes de contestarlas. Escriba una "X" en la casilla que describa mejor a su hijo o hija.

1. ¿Es el estudiante Hispano, Latino, o de origen Español? (Hispano, Latino o de origen Español significa una persona de una cultura u origen Cubano, Mejicano, Puerto Riqueño, de Centro o Sur América, u otra cultura u origen Español, sin importar la raza).

Sí, es Hispano No, no es Hispano

2. ¿Cuál es la raza del/de la estudiante?

Escoja UNA O MAS razas de los siguientes cinco grupos raciales. Escriba una "X" en la casilla que describa mejor a su hijo o hija. Usted debe llenar *al menos* una casilla.

INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Norte y Sur América (incluso América Central), y que mantenga afiliación con una tribu o apego a una comunidad.

ASIÁTICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos del Lejano Oriente, Asia Suroriental, o el sub-continente Indio, incluso por ejemplo, Cambodiaa, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

NATIVO DE HAWAII U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.

NEGRO O AFRICANO-AMERICANO: Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales Negros del Africa.

BLANCO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Africa del Norte, o el Medio Oriente.

Lenguaje Hablado Principal en la Casa: _____
Padre/Madre/Guardián _____ Estudiante _____

País Nativo del/de la Estudiante _____ Fecha de Entrada a E.U. _____ Fecha de Entrada a Escuela en E.U. _____ Fecha de Entrada a Escuela en E.U. _____

Ciudad donde Nació _____ Estado donde Nació _____

Dirección de la Casa _____
Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Dirección Postal (si es diferente de la anterior) _____

El/la estudiante vive en: la Ciudad de Newburgh el Pueblo de Newburgh el Pueblo de New Windsor

Teléfono de la Casa _____ Dirección Anterior _____

Nombre del/de la Estudiante _____

ID# _____

Fecha de Nacimiento _____

INFORMACION DE CONTACTO PERSONAL

Vive con:

Ambos Padres Madre Solamente Padre Solamente Un Guardián * Parentesco: _____

Custodia Compartida * Por favor indique la dirección y teléfono alternos _____

Padre/Madre de Crianza * Por favor indique el nombre/los nombres: _____

- Nombre y teléfono del/de la asistente social _____

Nombre de la Residencia de Grupo o dirección y teléfono de la residencia ordenada por la corte: _____

- Nombre y teléfono del/de la asistente social _____

Independientemente _____

Otro (explique) _____

Madre/Guardián/Madrastra _____ Vive en Casa: Sí ___ No ___

Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____ Dirección de e-mail _____

Padre/Guardián/Padrastra _____ Vive en Casa: Sí ___ No ___

Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____ Dirección de e-mail _____

INFORMACION DE EMERGENCIA Persona(s) de contacto en caso de una emergencia:

Escriba nombres y números locales solamente

Nombre _____ Relación con el/la estudiante _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación con el/la estudiante _____

Dirección _____ Teléfono _____

A continuación escriba los nombres legales completos de niños o niñas que vivan en su casa bajo su responsabilidad legal:

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Ha recibido su niño o niña cualquier tipo de servicios de educación especial o ha tenido un Plan de 504? Por favor explique: _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián _____

(Por favor escriba en tipo de imprenta)

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Relación con el/la Estudiante _____ Fecha _____

Nombre del/de la Estudiante _____

ID# _____

Fecha de Nacimiento _____

Inventario de Salud Modificado

¿Tiene el niño(a) alguna condición física o emocional, alergias, o condiciones de salud de la cual debamos saber?

Sí No * Si marcó Sí, por favor explique: _____

¿Está su niño(a) tomando algún medicamento?

Sí No * Si marcó Sí, por favor indique los nombres y las dosis: _____

¿Tiene su niño(a) algún problema de la visión, la audición o el habla?

Sí No * Si marcó Sí, por favor explique: _____

¿Tiene su niño(a) alguna discapacidad que hubiera requerido servicios de educación especial?

Sí No * Si marcó Sí, por favor explique: _____

¿Hay alguna situación especial o preocupación en su familia que pudiera afectar el comportamiento o las necesidades de aprendizaje de su niño(a)?

Sí No * Si marcó Sí, por favor explique: _____

School Use Only

Immunizations – Complete/copy attached _____

Immunizations – Incomplete/student lacking: _____ OPV/IPV _____ MMR _____ DPT/DTap
_____ Tdap _____ HBV _____ HIB _____ Varicella

Exámenes Físicos

Por favor marque una de las siguientes:

___ El examen físico de mi hijo(a) será hecho por su proveedor de salud privado. Devolveré el formulario del examen físico completo a la oficina de salud de la escuela a más tardar 30 días después de que hayan comenzado las clases o le suministraré a la oficina de salud el nombre del médico y la fecha de la cita médica para que pueda ser verificada.

___ Yo deseo que el examen físico de mi hijo(a) se haga en la escuela y al firmar en la parte de abajo doy permiso para que el médico de la escuela y/o la enfermera práctica completen dicho examen. Entiendo que este examen físico se llevará a cabo a partir del 1ro de noviembre y que recibiré notificación de la fecha por lo menos dos semanas antes del examen físico.

___ Yo estaré presente durante el examen físico de mi hijo(a)

___ Yo **no** estaré presente durante el examen físico de mi hijo(a)

Certifico que la información anterior es correcta.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Relación con el/la Estudiante _____ Fecha _____

Cuestionario Confidencial de Vivienda

LLENE ESTE FORMULARIO SOLAMENTE SI (1) REFLEJA LA SITUACION DE VIVIENDA ACTUAL DE SU HIJO; O (2) SU SITUACION DE VIVIENDA SI ES UN MENOR QUE NO ESTA VIVIENDO CON UN PARIENTE O GUARDIAN LEGAL.

(Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/ hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.)

Marque una si está viviendo:

- en un refugio
- en un hotel/ motel, o u otra situación similar por falta de otra alternativa o vivienda adecuada
- en un tren o estación de autobús, en un carro, o campamento
- en un hogar de adopción temporero esperando colocación permanente
- con familiares u otras personas por haber perdido su vivienda , dificultades económicas, o una razón similar

¿Este arreglo de vivienda con familiares u otros es **temporera** o **permanente** ? (favor de escoger uno)

- otra vivienda temporal (Por favor describa) _____

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

NUMERO DE CONTACTO: Casa _____ Celular _____

Newburgh Enlarged City School District
1001 First St., New Windsor, NY 12553
(845) 568-6833 (845) 568-6836-Fax

TRANSPORTATION DEPARTMENT

ALTERNATE STOP/BABYSITTER

ENTIRE FORM MUST BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN
(POR FAVOR LLENE Y FIRME ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE)

REASON FOR CHANGE

(RAZON POR EL CAMBIO)

- ALTERNATE STOP
(PARADA ALTERNATIVA)
- BABYSITTER CHANGE
(CAMBIO DE NIÑERA)

TYPE OF TRANSPORTATION

(TIPO DE TRANSPORTACION)

- SPECIAL ED TRANSPORTATION
(TRANSPORTACION ESPECIAL)
- REGULAR TRANSPORTATION
(TRANSPORTACION REGULAR)

*****STUDENT INFORMATION*****

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE

Student Name _____
(Nombre del Estudiante)

School attending _____ **Today's Date:** _____
(Escuela) (Fecha de hoy)

Date of Birth: ____/____/____ **Grade:** ____ **ID#:** ____
(Fecha de Nacimiento) (Grado)

Home Address: _____
(Dirección de Casa) (Street name – Calle) (City – Ciudad)

Parent/Guardian: _____
(Padre/Guardian)

Phone #s _____
(# Telefonos) (Home – Casa) (Work – Trabajo) (Other – Otro)

BABYSITTER/ ALTERNATE STOP INFORMATION

(INFORMACION DE NIÑERA O PARADA ALTERNATIVA)

Date needed (Fecha que necesita el cambio): ____/____/____

NEW INFORMATION
(Nueva Información)

OLD INFORMATION
(Vieja información)

(AM) Address: _____
(Dirección por la mañana)

(AM) Address: _____
Dirección por la mañana)

(PM) Address: _____
Dirección por la tarde)

(PM) Address: _____
Dirección por la tarde)

CONTACT PERSON _____ **TEL. #:** _____
(PERSONA DE CONTACTO)

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____
(FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN)

Newburgh Enlarged City School District

NYSED requires an annual physical exam for new entrants, students in Grades K, 2, 4, 7 and 10, sports, working permits and triennially for the Committee on Special Education (CSE).

HEALTH APPRAISAL FORM

Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Gender: M F Grade: _____

IMMUNIZATIONS / HEALTH HISTORY

Immunization record attached
 No immunizations given today
 Immunizations given since last Health Appraisal:

Sickle Cell Screen: Positive Negative Not done Date: _____
 PPD: Positive Negative Not done Date: _____
 Elevated Lead: Yes No Not done Date: _____
 Dental Referral Yes No Not done Date: _____

Significant Medical/Surgical History: See attached _____

Specify current diseases: Asthma Diabetes: Type 1 Type 2 Hyperlipidemia Hypertension

Other: _____

Allergies: LIFE THREATENING Food: _____ Insect: _____ Other: _____

Seasonal Medication: _____

PHYSICAL EXAM

Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ Pulse _____ Urine _____ Date of Exam: _____

Referral

Body Mass Index: _____	Vision - without glasses/contact lenses	R	L	
Weight Status Category (BMI Percentile):	Vision - with glasses/contact lenses	R	L	
<input type="checkbox"/> less than 5 th <input type="checkbox"/> 5 th through 49 th <input type="checkbox"/> 50 th through 84 th	Vision - Near Point	R	L	
<input type="checkbox"/> 85 th through 94 th <input type="checkbox"/> 95 th through 98 th <input type="checkbox"/> 99 th and higher	Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:	R	L	

EXAM ENTIRELY NORMAL Tanner: I. II. III. IV. V. Scoliosis: Negative Positive: _____

Specify any abnormality (use reverse of form if needed): _____

MEDICATIONS

Medications (list all): None Additional medications listed on reverse of form

Name: _____ Dosage/Time: _____

Name: _____ Dosage/Time: _____

If AM dose is missed at home: _____

I assess this student to be self-directed Yes No Student may self carry and self administer medication Yes No

Note: Nurse will also assess self-direction for the school setting. Please advise parent to send in additional medication in the event that emergency sheltering is necessary at school or if the morning medication has not been given.

PHYSICAL EDUCATION / SPORTS / PLAYGROUND / WORK QUALIFICATION / CSE CONSIDERATION

Free from contagions & physically qualified for all physical education, sports, playground, work & school activities OR only as checked:

___ Limited contact: cheerlead, gymnastics, ski, volleyball, cross-country, handball, fence, baseball, floor hockey, softball.
 ___ Non-contact: badminton, bowl, golf, swim, table tennis, tennis, archery, riflery, weight train, crew, dance, track, run, walk, rope jump.

Specify medical accommodations needed for school: _____ None

Known or suspected disability: _____ Please monitor

Restrictions: _____ Please monitor

Protective equipment required: Athletic Cup Sport goggles/impact resistant eyewear Other: _____

(Stamp below)

Provider's Signature: _____ Phone: _____

Provider's Name/Address: _____ Fax: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

This exam complies with NYSED requirements above and is valid for twelve months, with the exception of any illness or injury lasting more than five days that will require review by private healthcare provider and the school medical director.

Rev. 10/3/07

Sports Participants complete reverse side

Newburgh Enlarged City School District

Dental Health Certificate

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle _____

Birth Date: / / <small>Month Day Year</small>	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Will this be your child's first visit to a dentist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	---	--

School: _____	Grade: _____
---------------	--------------

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? Yes No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature _____ Date _____

Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh

Certificado de Salud Dental

Padre/Guardián: La ley del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite que las escuelas requieran un examen dental en los siguientes grados: al ingresar a la escuela, en K, 2º, 4º, 7º, y 10º grados. Su hijo/hija puede tener un chequeo dental durante el presente año escolar para determinar si está en condiciones de asistir a la escuela. Por favor complete la Sección 1 y entregue este formulario a su dentista para un examen. Si a su hijo/hija se le hizo un examen dental antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al director médico o enfermera de la escuela tan pronto como le sea posible.

Sección 1. Padre/Madre/Guardián, por favor complete esta sección (Por Escrito)

Nombre del Niño/la Niña: Apellido Primero Segundo _____

Fecha de Nacimiento: / / <small>Mes Día Año</small>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Es ésta la primera visita al dentista de su hijo/hija? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	--

Escuela: _____	Grado: _____
----------------	--------------

Ha notado algún problema en la boca que interfiere con la capacidad de su hijo/hija de masticar, hablar, o enfocarse en las actividades escolares? Sí No

Entiendo que al firmar este formulario doy mi autorización para que el niño/la niña nombrado arriba reciba un examen básico de salud oral. Entiendo que este examen es solamente un medio limitado de evaluación para determinar la salud dental del estudiante, y yo tendría que obtener los servicios de un dentista para que mi hijo/hija pueda recibir un examen dental completo con Rayos X si fuera necesario para mantener buena salud oral.

También entiendo que el recibir este examen preliminar de salud oral no establece una relación nueva, progresiva, o continua entre doctor y paciente. Es más, no asignaré al dentista o a quienes lleven a cabo el examen responsabilidad por consecuencias o resultados si yo decido NO seguir las recomendaciones enumeradas abajo.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

SEE REVERSE SIDE OF FORM

Section 2. To be completed by the Dentist

I. The Dental Health condition of _____ on _____
(date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

- Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.
- No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's name and address (please print or stamp)

Dentist's Signature

--	--

Please See Reverse Side of Form

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here. _____

II. Oral Health Status (check all that apply).

- Yes No **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].
- Yes No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

- Yes No **Dental Sealants Present**

Other problems

(Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

- No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
- May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
- Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.