

UPPER MERION AREA SCHOOL DISTRICT

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA ESTUDIANTES

450 Keebler Road, King of Prussia, PA 19406



INFORMACIÓN PARA LA REGISTRACIÓN DE ESTUDIANTES

El distrito escolar del área de Upper Merion requiere que niños quien entra en el kinder tengan cinco (5) años de edad antes del 31 de agosto y niños quien entra en el grado 1 tengan seis (6) años de edad antes del 31 de agosto.

INFORMACIÓN REQUISITO PARA COMPLETAR LA REGISTRACIÓN DE ESTUDIANTES (ARTICULOS 1-7):

1. EVIDENCIA DE LA EDAD DEL ESTUDIANTE (*uno de lo siguiente*)

- a. certificado de nacimiento certificado
- b. certificado de bautismo certificado
- c. una transcripción doble atestiguada del certificado de nacimiento

2. REGISTRO DE LAS INMUNIZACIONES DEL ESTUDIANTE - documentos escrito y firmado de un hospital, una clínica, o médico debe verificar que el niño/la niña ha recibido o está en el proceso de recibir inmunizaciones contra:

- a. Difteria y tétanos: 4 o más dosis adecuadamente espaciadas de DTP, Dtap, Td o DT, o cualquier combinación de las tres con una dosis administrada en o después del cuarto cumpleaños
- b. Polio: 3 o más dosis adecuadamente espaciadas de la vacuna contra la polio (IPV u OPV) una dosis administrada en o después del cuarto cumpleaños
- c. Sarampión (Rubéola), sarampión alemán (rubéola) y paperas: una dosis de cada uno, preferiblemente administrada como MMR, en el primer cumpleaños
- d. Sarampión (Rubéola): una segunda dosis adecuadamente espaciada, preferiblemente administrada como MMR
- e. Hepatitis B: 3 dosis adecuadamente espaciadas de la vacuna contra la hepatitis B
- f. 2 dosis de la vacuna Varivax o antecedentes de enfermedad
- g. Una dosis de tétanos, difteria, tos ferina acelular (Tdap) (si han transcurrido 5 años desde la última inmunización contra el tétanos) (sólo para estudiantes de grado 7)
- h. Una dosis de la vacuna conjugada meningocócica (MCV) (sólo para estudiantes de grado 7)

Tenga en cuenta: En cuando las vacunas sean revisadas por la enfermera escolar certificada, los padres serán notificados si las vacunas no están completas. El estudiante no puede asistir a la escuela a menos que se cumplan los requisitos de vacunación.

Se requiere un examen físico para los estudiantes al ingresar a la escuela. Cualquier examen realizado un año antes del comienzo de la escuela es aceptable para el siguiente año escolar. Si su hijo recibió este examen, por favor traiga documentación con usted al momento de la inscripción. Si no tiene, este requisito debe completarse y devolverse a la enfermera de la escuela antes del 15 de agosto.

Se requiere un examen dental al ingresar a la escuela (kinder o grado uno), en grado 3 y en grado 7. Se aceptará un examen dental realizado dentro del año anterior a que su hijo ingrese al grado requerido.

Durante el registro, se le dará una evaluación de tuberculosis y una encuesta de la historia sanitaria para completar. Esto será revisado por la enfermera de la escuela. Los padres serán

notificados (por la enfermera de la escuela) si el estudiante requerirá una prueba de tuberculina para ingresar a la escuela.

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES (*uno de lo siguiente*)

- a. Licencia de conducir válida de PA
- b. Licencia de conducir de PA temporal válida
- c. Licencia de conducir válida fuera del estado
- d. Otro tipo de identificación con foto

4. EVIDENCIA DE LA RESIDENCIA (*uno de lo siguiente*)

- a. Propietarios de vivienda (uno de lo siguiente)
 - i. Factura de impuestos
 - ii. Documentos de venta de la vivienda
 - iii. Factura / declaración de hipoteca
- b. Arrendamiento (**el padre/tutor tiene un contrato de arrendamiento a su nombre**)
 - i. Declaración jurada del arrendatario notariada.
 - ii. Copia de su contrato de arrendamiento con fecha actual (o) una carta de su arrendador que enumere todas las personas que residen en su dirección, la fecha de vencimiento de su contrato de arrendamiento y la información de contacto de los propietarios
 - iii. Copia de la licencia de conducir de un padre
- c. Ocupación múltiple (**el padre/tutor y el estudiante viven con un amigo o un pariente**)
 - i. Declaración jurada de ocupación múltiple notariada.
 - ii. Copia de la escritura del propietario, factura de impuestos, documentos de liquidación de propiedad, contrato de arrendamiento con fecha actual (o) una carta del propietario que enumere a todas las personas que residen en su dirección, la fecha de vencimiento de su contrato de arrendamiento y la información de contacto del propietario.
 - iii. Copia de la licencia de conducir de los padres.
 - iv. Copia de la licencia de conducir del propietario o arrendatario
- d. Tutela (**los padres en el certificado de nacimiento del estudiante han renunciado los derechos de los padres de forma permanente**)
 - i. Declaración Jurada de Tutela Notarizada.
 - ii. Liberación del reclamo de exención del menor
 - iii. Copia de la escritura del tutor, factura de impuestos, documentos de liquidación de propiedad, contrato de arrendamiento con fecha actual (o) una carta del propietario que indique a las personas que residen en su dirección, la fecha de vencimiento de su contrato de arrendamiento y la información de contacto del propietario.
 - iv. Copia de la licencia de conducir de los padres.
 - v. Copia de la licencia de conducir del tutor.

5. REGISTROS ESCOLARES (*uno de los siguientes si se transfiere de una escuela privada u otra escuela pública*)

- a. Transferencia escolar / Formulario de retiro
- b. reporte de calificaciones
- c. Transcripción
- d. Plan de educación individual (IEP) (debe proveer si el estudiante tiene uno)

6. ACUERDO DE CUSTODIA (*para padres divorciados, separados o solteros*)

Si existe un acuerdo de custodia por escrito, se debe presentar una copia con el distrito escolar. Además, si hay un cambio en el estado con respecto a la custodia / tutela del estudiante,

es responsabilidad de los padres / tutores notificar al distrito escolar de cualquier acomodo especial que se haga con respecto al contacto de emergencia y el informe de información académica pertinente. Tenga en cuenta que si no existe un acuerdo de custodia legal, se aceptará una carta escrita del padre que no se haya registrado.

7. EL PAQUETE DE DOCUMENTOS PARA LA REGISTRACIÓN COMPLETADO

Formularios del distrito que se pueden obtener en el sitio web del distrito escolar en www.umasd.org o en cualquiera de nuestras ubicaciones escolares.

¡TODA LA INFORMACIÓN ARRIBA SE REQUIERE PARA COMPLETAR UNA REGISTRACIÓN DE UN ESTUDIANTE!

RECURSOS ÚTILES

LAS VACUNAS PUEDEN SER COMPLETADAS POR EL MÉDICO DE SU FAMILIA O AL VISITAR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ...

Montgomery County Health Department

55 East Marshall Street
Norristown, PA 19401
(610) 278-5145

Walgreens Pharmacy Health Care Clinic

699 West Germantown Pike
Norristown, PA 19403
(610) 630-5819

CVS Pharmacy Minute Clinic

3125 Henderson Road
King of Prussia, PA 19406
(610) 205-1264

Norristown Regional Health Center (*Sliding fee scale available*)(*Escala de tarifa variable disponible*)

1401 DeKalb Street
Norristown, PA 19401
(610) 278-7787

PARA OBTENER UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA NIÑOS NACIDOS EN PENNSYLVANIA ...

Bureau of Vital Statistics

PA Department of Health

P.O. Box 1528
New Castle, PA 16103
(412) 656-3100

<http://www.health.pa.gov/MyRecords/Certificates/>

PARA OBTENER SERVICIOS DE NOTARIO ... Llame antes de llegar

Rep. Tim Briggs

149th Legislative District
Montgomery County
554 Shoemaker Road, Suite 149
King of Prussia, PA 19406
(610) 768-3135
(610) 768-3112

ESCUELAS DEL AREA DE UPPER MERION

Upper Merion Area High School – (grados 9-12) –610-205-3800
Upper Merion Area Middle School – (grados 5-8) – 610-205-8800
Bridgeport Elementary – (grados jardín de la infancia-4) – 610-205-3600
Caley Elementary – (grados K-4) – 610-205-3650
Candlebrook Elementary – (grados K-4) – 610-205-3700
Gulph Elementary – (grados K-4) – 610-592-2020
Roberts Elementary – (grados K-4) – (610) 205-3750

UPPER MERION AREA SCHOOL DISTRICT

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA ESTUDIANTES

450 Keebler Road, King of Prussia, PA 19406



P T C

El Comité de Padres y Maestros (PTC) de su hijo(a) desea incluirlo a usted y a su hijo en todas las formas de sus comunicaciones. Si desea estar contactado por un representante de PTC, complete este formulario y envíelo en el momento de la inscripción de un nuevo estudiante o al secretario del edificio de su hijo en un sobre marcado "PTC".

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Grado _____

Nombres de padres/tutores _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono en casa _____ Celular _____

Dirección del correo electrónico _____

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

UPPER MERION AREA SCHOOL DISTRICT
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA ESTUDIANTES
450 Keebler Road, King of Prussia, PA 19406



EVALUACIONES SANITARIAS
SERVICIOS SANITARIOS DE LA ESCUELA

La Ley de Salud Escolar de la Mancomunidad de Pennsylvania exige que todos los niños tengan un examen de salud al ingresar a una escuela de Pennsylvania, así como en los grados seis (6) y once (11).

Se alienta a los padres y / o tutores a que usen a su médico de familia para estos exámenes a fin de brindar atención continua al estudiante. Los médicos de familia pueden detectar mejor los cambios físicos, comenzar el tratamiento si está indicado, seguir con la atención necesaria y aplicar refuerzos de inmunización. **Un examen físico realizado dentro de un año antes de septiembre del año escolar en el que se requiere el examen físico es aceptable.**

El Centro de Salud Regional en Norristown, 610-278-7787 también brinda servicios de atención primaria e inmunización con una escala móvil de tarifas para personas sin seguro médico o sin un médico de familia.

Los formularios de examen físico privado y las vacunas deben presentarse en el momento de la inscripción de un nuevo estudiante o a la enfermera de la escuela antes del 15 de agosto.

Bridgeport Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-3947
900 Bush Street, Bridgeport, PA 19405

Caley Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-557-8602
725 Caley Road, King of Prussia, PA 19406

Candlebrook Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-3798
310 Prince Frederick Street, King of Prussia, PA 19406

Gulph Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-592-2098
650 S Henderson Road, King of Prussia, PA 19406

Roberts Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-3799
889 Croton Road, King of Prussia, PA 19406

Upper Merion Area Middle School Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-8849
450 Keebler Road, King of Prussia, PA 19406

Upper Merion Area High School Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-3994
440 Crossfield Road, King of Prussia, PA 19406

Cualquier pregunta puede dirigirse a la enfermera escolar de su hijo.

UPPER MERION AREA SCHOOL DISTRICT

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA ESTUDIANTES

450 Keebler Road, King of Prussia, PA 19406



EVALUACIÓN DE SALUD ORAL

La Mancomunidad de Pennsylvania **requiere** exámenes dentales para todos los estudiantes de jardín de infantes, tercer grado, séptimo grado y cualquier estudiante que se haya matriculado recientemente.

Si su hijo **ha sido** evaluado en un consultorio dental durante el año pasado, después del 1 de septiembre, solicite al dentista que complete el formulario adjunto de Examen de Alumno de Dentista PA y regrese a la sala de salud escolar de su hijo antes del **15 de agosto**. Este formulario también está disponible en el sitio web del distrito.

Si su hijo **NO ha sido** evaluado en un consultorio dental en el último año, se le solicitará, a su propio costo, que obtenga un informe de un dentista con licencia. El informe del examen debe presentarse antes del 1 de noviembre o 60 días después de inscribirse en el distrito escolar. Si el informe del Examen de Alumno de Dentista de PA, no se envía a la enfermería su hijo antes del 1 de noviembre, un higienista dental certificado y certificado realizará un examen dental con precauciones universales.

Los formularios de informe dental privado deben presentarse al momento de la inscripción de un nuevo estudiante o a la enfermería antes del 15 de agosto.

Bridgeport Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-3947
900 Bush Street, Bridgeport, PA 19405

Caley Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-3790
725 Caley Road, King of Prussia, PA 19406

Candlebrook Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-557-8602
310 Prince Frederick Street, King of Prussia, PA 19406

Gulph Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-592-2098
650 S Henderson Road, King of Prussia, PA 19406

Roberts Elementary Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-3799
889 Croton Road, King of Prussia, PA 19406

Upper Merion Area Middle School Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-8849
450 Keebler Road, King of Prussia, PA 19406

Upper Merion Area High School Health Suite (Suite de salud) - Fax: 610-205-3994
440 Crossfield Road, King of Prussia, PA 19406

Cualquier pregunta puede dirigirse a la higienista dental de UMASD, Kristin Gallagher, at kgallagher@umasd.org o 610-205-8816.



Bureau of Community Health Systems
Division of School Health

Private or School PHYSICAL EXAMINATION OF SCHOOL AGE STUDENT

PARENT / GUARDIAN / STUDENT:
Complete page one of this form before
student's exam. Take completed form to
appointment.

Student's name _____ Today's date _____

Date of birth _____ Age at time of exam _____ Gender: Male Female

Medicines and Allergies: Please list all prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently taking:

Does the student have any allergies? No Yes (If yes, list specific allergy and reaction.)

Medicines Pollens Food Stinging Insects

Complete the following section with a check mark in the YES or NO column; circle questions you do not know the answer to.

GENERAL HEALTH: <i>Has the student...</i>	YES	NO
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infection Other _____		
2. Ever stayed more than one night in the hospital?		
3. Ever had surgery?		
4. Ever had a seizure?		
5. Had a history of being born without or is missing a kidney, an eye, a testicle (males), spleen, or any other organ?		
6. Ever become ill while exercising in the heat?		
7. Had frequent muscle cramps when exercising?		
HEAD/NECK/SPINE: <i>Has the student...</i>	YES	NO
8. Had headaches with exercise?		
9. Ever had a head injury or concussion?		
10. Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
11. Ever had numbness, tingling, or weakness in his/her arms or legs after being hit or falling?		
12. Ever been unable to move arms or legs after being hit or falling?		
13. Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?		
14. Had any problem with his/her eyes (vision) or had a history of an eye injury?		
15. Been prescribed glasses or contact lenses?		
HEART/LUNGS: <i>Has the student...</i>	YES	NO
16. Ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
17. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Heart murmur or heart infection <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kawasaki disease <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other: _____		
18. Been told by the doctor to have a heart test? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)?		
19. Had a cough, wheeze, difficulty breathing, shortness of breath or felt lightheaded DURING or AFTER exercise?		
20. Had discomfort, pain, tightness or chest pressure during exercise?		
21. Felt his/her heart race or skip beats during exercise?		
BONE/JOINT: <i>Has the student...</i>	YES	NO
22. Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?		
23. Had an injury to a muscle, ligament, or tendon?		
24. Had an injury that required a brace, cast, crutches, or orthotics?		
25. Needed an x-ray, MRI, CT scan, injection, or physical therapy following an injury?		
26. Had joints that become painful, swollen, feel warm, or look red?		
SKIN: <i>Has the student...</i>	YES	NO
27. Had any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
28. Ever had herpes or a MRSA skin infection?		

GENITOURINARY: <i>Has the student...</i>	YES	NO
29. Had groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
30. Had a history of urinary tract infections or bedwetting?		
31. FEMALES ONLY: Had a menstrual period? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes: At what age was her first menstrual period? _____ How many periods has she had in the last 12 months? _____ Date of last period: _____		
DENTAL:	YES	NO
32. Has the student had any pain or problems with his/her gums or teeth?		
33. Name of student's dentist: _____ Last dental visit: <input type="checkbox"/> less than 1 year <input type="checkbox"/> 1-2 years <input type="checkbox"/> greater than 2 years		
SOCIAL/LEARNING: <i>Has the student...</i>	YES	NO
34. Been told he/she has a learning disability, intellectual or developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD, etc.?		
35. Been bullied or experienced bullying behavior?		
36. Experienced major grief, trauma, or other significant life event?		
37. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?		
38. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		
39. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm?		
40. Had concerns about weight; been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?		
41. Used (or currently uses) tobacco, alcohol, or drugs?		
FAMILY HEALTH:	YES	NO
42. Is there a family history of the following? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Anemia/blood disorders <input type="checkbox"/> Inherited disease/syndrome <input type="checkbox"/> Asthma/lung problems <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Behavioral health issue <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sickle cell trait or disease Other _____		
43. Is there a family history of any of the following heart-related problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Brugada syndrome <input type="checkbox"/> QT syndrome <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Marfan syndrome <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Ventricular tachycardia <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other _____		
44. Has any family member had unexplained fainting, unexplained seizures, or experienced a near drowning?		
45. Has any family member / relative died of heart problems before age 50 or had an unexpected / unexplained sudden death before age 50 (includes drowning, unexplained car accidents, sudden infant death syndrome)?		
QUESTIONS OR CONCERNS	YES	NO
46. Are there any questions or concerns that the student, parent or guardian would like to discuss with the health care provider? (If yes, write them on page 4 of this form.)		

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Signature of parent / guardian / emancipated student _____ Date _____

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Physical exam for grade: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	
Height: () inches				
Weight: () pounds				
BMI: ()				
BMI-for-Age Percentile: ()%				
Pulse: ()				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected <input type="checkbox"/>				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION
(Additional space on page 4)

Parent/guardian present during exam: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Date of exam _____ 20____
Print name of examiner _____
Print examiner's office address _____ Phone _____
Signature of examiner _____ MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> CRNP <input type="checkbox"/>

HEALTH CARE PROVIDERS: *Please photocopy immunization history from student's record – OR – insert information below.*

IMMUNIZATION EXEMPTION(S):

Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____
 Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____
 Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____

NOTE: The parent/guardian must provide a written request to the school for a religious or philosophical exemption.

VACCINE	DOCUMENT: (1) Type of vaccine; (2) Date (month/day/year) for each immunization				
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (child) Type: DTaP, DTP or DT	1	2	3	4	5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (adolescent/adult) Type: Tdap or Td	1	2	3	4	5
Polio Type: OPV or IPV	1	2	3	4	5
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4	5
Measles/Mumps/Rubella (MMR)	1	2	3	4	5
Mumps disease diagnosed by physician <input type="checkbox"/>	Date: _____				
Varicella: Vaccine <input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Serology: (Identify Antigen/Date/POS or NEG) i.e. Hep B, Measles, Rubella, Varicella	1	2	3	4	5
Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV4)	1	2	3	4	5
Human Papilloma Virus (HPV) Type: HPV2 or HPV4	1	2	3	4	5
Influenza Type: TIV (injected) LAIV (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Type b (Hib)	1	2	3	4	5
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Type: 7 or 13	1	2	3	4	5
Hepatitis A (HepA)	1	2	3	4	5
Rotavirus	1	2	3	4	5
Other Vaccines: (Type and Date)					

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH

**PRIVATE DENTIST REPORT
OF DENTAL EXAMINATION OF A PUPIL OF SCHOOL AGE**

NAME OF SCHOOL _____ DATE _____ 20 ____

NAME OF CHILD			AGE	SEX	GRADE	SECTION/ROOM
_____	_____	_____		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Last	First	Middle				

ADDRESS

No. and Street City or Post Office Borough or Township County State Zip

REPORT OF EXAMINATION

	TOOTH CHART																
	RIGHT								LEFT								
UPPER	1	2	3	4 A	5 B	6 C	7 D	8 E	9 F	10 G	11 H	12 I	13 J	14	15	16	Upper
LOWER	32	31	30	29 T	28 S	27 R	26 Q	25 P	24 O	23 N	22 M	21 L	20 K	19	18	17	Lower
	UPPER																Upper
	LOWER																Lower

Is The Child Under Treatment Yes No

Treatment Completed Yes No

Date of Dental Examination

Signature of Dental Examiner

Print Name of Dental Examiner

Address