

# Requerimiento de Salud Dental para Ingreso Escolar

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que tu hijo o hija tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se realizaron dentro del periodo de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puedes llevar a tu hijo o hija al chequeo dental, podrás obtener una excusa para este requerimiento llenando la Sección 3 de esta forma.

## Sección 1

**Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor**

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio (número):	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

## Sección 2

### Información sobre Salud Dental

**Deberá ser completado por el profesional en salud dental que realice la evaluación**

**To be completed by the dental professional conducting the assessment**

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

***Firma del profesional de salud dental***

***fecha***

**Regresa esta forma a la escuela**

*El original será guardado en el registro escolar del menor.*

### Sección 3

#### **Excusa de No Realización del Requerimiento de Salud Dental** **Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser excusado** **de este requerimiento**

Solicito que mi hijo o hija sea excusado del requerimiento de Salud Dental para Ingreso Escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo o hija.  
Mi hijo o hija está cubierto con el seguro:  Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  
 Healthy Kids  None  Otro \_\_\_\_\_

No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo o hija.

No quiero que mi hijo o hija reciba un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no obtuvo un chequeo dental:

\_\_\_\_\_

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo o hija no será asociado con ningún reporte producido como resultado de este requerimiento. Si tiene cualquier pregunta sobre este requerimiento, por favor contacte a la oficina de la escuela al \_\_\_\_\_.

---

***Firma del padre, madre o tutor***

***Fecha***

**Regresa esta forma a la escuela**

*El original será guardado en el registro escolar del menor.*