

Forma de Petición para Exención/Evaluación de Salud Oral *Oral Health Assessment/Waiver Request Form*

La ley de California, Sección *Código de Educación* 49452.8, ahora requiere que su hijo tenga una evaluación de salud oral antes del 31 de Mayo en kindergarten o en primer grado, cualquiera que sea su primer año en escuela pública. La ley especifica que la evaluación debe ser hecha por un dentista con licencia o por un profesional de la salud dental registrado o con licencia. Las evaluaciones de salud oral que se han llevado a cabo dentro de los 12 meses antes que su niño/a entre a la escuela también cumplen con este requisito. Si usted no puede llevar a su niño a esta evaluación, usted puede ser exento de tomar esta evaluación llenando la información en la Sección 3 de esta forma.

Sección 1 Para ser completada por el padre o guardián

Nombre del Niño:	Apellido:	Segundo Nombre:	Fecha de Nac.:
Domicilio:			Apt. #
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro/a:	Grado:	Género del Niño: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre del Padre/Guardián:	Raza/Origen Étnico del Niño: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2 **Oral Health Data Collection / *Información de Salud Oral*** To be completed by the dental professional conducting the assessment *Para ser completada por el profesional de salud dental que realiza la evaluación*

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
------------------	---	---	---

*DENTAL PROFESSIONAL'S
STAMP*

Dental professional's signature

Date

(Por favor complete la parte posterior de la hoja)

Regrese esta forma a la escuela antes del 30 de Abril 2008

Sección 3

Requisito para Exención de la Evaluación de Salud Oral

Para ser completada por el padre o guardián que solicita ser exento de este Requisito

Yo solicito que mi hijo sea exento del requisito para la evaluación de Salud Oral por la siguiente razón: (Por favor marque la caja que mejor describa la razón.)

- No he encontrado una oficina dental que acepte el plan de salud médico de mi hijo.
 Mi hijo está cubierto por el siguiente plan de salud médico:
 - Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno
 - Otro _____

No puedo pagar una evaluación de salud oral para mi hijo.

No deseo que mi hijo reciba una evaluación de salud oral.

Opcional: otras razones por las que mi hijo no puede obtener una evaluación de salud oral:

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún otro reporte producido como resultado de este requisito. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este requisito, por favor póngase en contacto con la oficina de su escuela.

Firma del Padre o guardián

Fecha

Regrese esta forma a la escuela antes del 30 de Abril 2008