

Westside Union School District

Evaluación de salud Oral/Solicitud de exención

La ley de California, Sección 49452.8 del *Código de Educación*, exige que a su hijo(a) se le haga una evaluación de salud oral en kinder o primer grado, dependiendo de cual de los dos es su primer año en una escuela pública. La ley especifica que la evaluación debe llevarla a cabo un dentista licenciado o un profesional certificado de salud dental. Las evaluaciones de salud oral que se hayan llevado a cabo dentro de los 12 meses antes de que el niño empiece la escuela también cumplen con este requisito. Si no puede llevar a su hijo para esta evaluación se le podrá eximir de este requisito al llenar la sección 3 de este formulario.

Sección 1 – Deben llenarla los padres o tutores legales.

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Primer nombre del niño(a): | Apellido: | Inicial segundo nombre: |
| Fecha de nacimiento del niño(a): | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Grado: |
| Raza/grupo étnico del niño(a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocida | | |
| Nombre de la escuela: | | Maestro: |
| Nombre del padre/madre/tutor legal: | | |
| Dirección: | Ciudad: | Código postal: |

Sección 2: Recopilación de datos de salud oral – Debe llenarla el profesional de salud dental que lleva a cabo la evaluación. Oral Health Data Collection – To be completed by the Dental Professional conducting the assessment.

| | | | |
|--|---|--|---|
| Fecha de evaluación: <i>[Assessment date]</i> | Caries visibles y/o empastes presentes: <i>[Visible decay and/or fillings present]</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No | Caries visibles presentes: <i>[Visible decay present]</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No | Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment urgency]</i> <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana <i>[Early dental care recommended]</i> <input type="checkbox"/> Se necesita cuidado urgente <i>[Urgent care needed]</i> |
|--|---|--|---|

Firma del profesional de salud dental
[Signature of Dental Professional]

Fecha
[Date]

Sección 3: Exención del requisito de evaluación de salud oral

Deben llenarla los padres o tutores legales que solicitan la exención de este requisito.

Solicito que se exima a mi hijo(a) del requisito de evaluación oral por los siguientes motivos: (Por favor marque la casilla que describe el motivo.)

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo(a). El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno Otro _____
- No puedo pagar la evaluación de salud dental de mi hijo(a).
- No quiero que se le haga una evaluación de salud dental a mi hijo(a).

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo(a) no pudo obtener una evaluación de salud dental: _____

La ley de California exige que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo(a) no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de este requisito. Si tiene alguna pregunta acerca de este requisito, por favor comuníquese con la oficina de la escuela.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Original to be retained in child's school record.