

Oral Health Assessment/Waiver Request Form

Examen Dental/Renuncia del Requisito

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment by **May 31st** in kindergarten or first grade, whichever is his or her first year of public school. The law specifies that the assessment must be performed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. Oral health assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. If you cannot take your child for this assessment, you may be excused from this requirement by filling out Section 3 of this form.

La ley de California ahora requiere un examen dental para los menores en kindergarten ó en 1ero grado, cual sea su primer año en una escuela pública, antes del 31 de Mayo. Evaluaciones dentales que se realicen dentro de los 12 meses previos al ingreso del menor a la escuela también son validas. La ley especifica que el examen dental sea hecho por un profesional dental autorizado o registrado. Si no puede llevar a su hijo/a para un examen dental, su hijo/a puede ser excluido. Solamente tiene que llenar la Sección 3 de esta forma.

Section 1

To be completed by the Parent or Guardian/Ser completado por el Padre ó Guardián

| | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
| First Name/ <i>Primer Nombre:</i> | Last Name/ <i>Apellido:</i> | Middle Initial/ <i>Inicial:</i> | Birth date/ <i>Fecha de nacimiento:</i> |
| Address/ <i>Domicilio:</i> | | | Apt./ <i>Apartamento:</i> |
| City/ <i>Ciudad:</i> | | | ZIP code/ <i>Código postal:</i> |
| School Name/ <i>Nombre de Escuela:</i> | Teacher/ <i>Maestro:</i> | Grade/ <i>Grado:</i> | Gender/ <i>Género:</i> <input type="checkbox"/> Male/ <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female/ <i>Femenino</i> |
| Parent/Guardian Name/ <i>Nombre del Padre/Guardián:</i> | Ethnicity/ <i>Etnicidad:</i> <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Unknown | | |

Section 2

Oral Health Data Collection

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 |
|------------------|---|---|---|

Dental professional's signature _____ **Date** _____

Return this form to the school by May 31st
Devolver este formulario a la escuela para el 31 de mayo
Original to be retained in child's school record.

PLACE
STAMP
HERE

Section 3
Waiver of Oral Health Assessment Requirement
(Renuncia del Requisito del Examen Dental)

To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement
Debe ser completado por el padre/guardián solicitando una excusa del requisito

I request that my child be excused from the oral health assessment requirement for the following reason: (Please check the box that best describes the reason.) *Solicito que mi hijo/a sea excluido del examen dental por la siguiente razón:*

I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan. *No he encontrado una oficina dental que acepte el seguro de mi hijo/a.*

My child is covered by the following insurance plan: *Mi hijo esta bajo el siguiente plan:*

- Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids None
 Other _____

I cannot afford an oral health assessment for my child.
No tengo los suficientes recursos financieros para el examen dental.

I do not wish my child to receive an oral health assessment.
No quiero que mi hijo tenga un examen dental.

Optional (*opcional*): other reasons my child could not get an oral health assessment (*otras razones por las cuales mi hijo no puede tener un examen dental*): _____

California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement. If you have any questions about this requirement, please contact your school office.

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad sobre la información de salud del alumno. La identidad de su hijo no va ser asociada con ningún reporte como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor de comunicarse con la oficina de su escuela.

Signature of Parent or Guardian/Firma del Padre ó Guardián

Date/Fecha

Return this form to the school by May 31st
Devolver este formulario a la escuela para el 31 de mayo

Original to be retained in child's school record.