

## Exención Del Requisito De Evaluación De La Salud Oral

Complete este formulario si necesita excusar a su hijo(a) del requisito de evaluación de salud oral.  
Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

### Sección 1: Información del Niño (Completada por el Padre o Tutor)

Primer Nombre del Niño:	Apellido:	Inicial 2do Nombre:	Fec. de Nac. del Niño MM – DD – YYYY
Dirección:			Apto:
Ciudad:		Código Postal:	
Nombre de la Escuela :	Maestro:	Grado:	Año de inicio de jardín de infancia del niño: YYYY
Nombre del Padre/Tutor:	Apellido del Padre/Tutor:		Sexo del Niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza/Etnicidad del Niño:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

*Continúa en la Siguiete Página*

**Sección 2: Debe ser completada por el padre o tutor SOLAMENTE Si solicita ser excusado de este requisito**

Disculpe a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa el motivo):	
<input type="checkbox"/>	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:  <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Kids(California Cubierta) <input type="checkbox"/> Ninguno  <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar una evaluación para mi hijo(a).
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir a un dentista (p.ej., no puedo tener tiempo libre en el trabajo, el dentista no tiene horas de oficina convenientes).
<input type="checkbox"/>	No puedo llegar fácilmente a un dentista (p.ej., no tengo transporte, está demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficie de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique el motivo no mencionado anteriormente por el cual solicita una exención de esta evaluación): _____ _____
<b>Si solicita ser excusado de este requisito:</b>	
<input type="checkbox"/>	MM – DD – YYYY
<input type="checkbox"/>	_____
<b><i>Firma del padre o tutor</i></b>	<b><i>Fecha</i></b>

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene preguntas, llame a su escuela.

**Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).**

***El original será guardado en el expediente escolar del niño.***