



# Hawthorne School District

*Educational Excellence*

## Evaluación de la Salud Oral/ Formulario para Renunciar

La ley de California, Sección 49452.8 del Código de Educación, requiere que si su hijo(a) va a cursar su primer año en una escuela pública, ya sea kínder o primer grado, tenga una evaluación de salud oral antes del 31 de mayo. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un dentista con licencia u otro profesional de salud dental registrado o con licencia. Las evaluaciones de salud oral completadas dentro de los 12 meses antes de que su hijo(a) ingrese a la escuela también cumplen con este requisito. Si no puede llevar a su hijo(a) a esta evaluación, usted puede quedar exento(a) de este requisito, completando la Sección 3 de este formulario.

### Sección 1

#### Para que lo complete el padre, madre o tutor(a)

Nombre de Pila del Estudiante:	Apellido:	Inicial /Segundo Nombre:	Fecha de nacimiento del(a) niño(a):
Dirección:			Apt.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela	Maestro(a):	Grado:	Sexo del Niño(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre/Padre, Madre o Tutor(a)	Raza/Origen Étnico/Estudiante: Parte A: <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a) Parte B: <input type="checkbox"/> Afro-Americano(a) o Raza Negra No de Origen Hispano <input type="checkbox"/> Indio(a) Americano(a)/Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Raza Blanca (No Hispano) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Isleño(a) del Pacífico <input type="checkbox"/> Se niega a declarar		

### Sección 2

#### Compilación de Datos Sobre la Salud Oral

#### Para que lo complete el profesional dental que efectúa la evaluación

Fecha de la evaluación:	<u>Caries y/o empastes visibles presentes:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Caries visibles presentes:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Tratamiento de Urgencia:</u> <input type="checkbox"/> No se hallaron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda cuidado temprano <input type="checkbox"/> Se necesita cuidado urgente
-------------------------	--	---	--

**Firma y sello del profesional dental**

**Fecha**

**Sección 3**  
**Exención del Requerimiento de la Evaluación de la Salud Oral**  
**Para que lo complete un padre, madre o tutor(a)**  
**pidiendo ser exceptuado(a) de este requerimiento**

Yo pido que se exceptúe a mi hijo(a) del requerimiento de la evaluación de la salud oral por la siguiente razón (Por favor marque el casillero que mejor describa la razón).

Yo no puedo encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo(a).

Mi hijo(a) está protegido por el siguiente plan de seguro:

Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Ninguno

otro: \_\_\_\_\_

Yo no tengo los recursos para pagar una evaluación de la salud oral de mi hijo(a).

Yo no deseo que mi hijo(a) reciba una evaluación de la salud dental.

Opcional: Otras razones por las que mi hijo(a) no puede tener una evaluación de la salud dental:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La ley de California les requiere a las escuelas que mantengan en forma confidencial la salud dental de los estudiantes. La identidad de su hijo(a) no se asociará con ningún informe producido como un resultado de este requerimiento. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este requerimiento, por favor, póngase en contacto con la oficina de la escuela.

\_\_\_\_\_  
**Firma del profesional dental**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**