

Dental Screening Certification Form

State law now requires a child who is 7 years of age or younger to have a dental screening before entering school for the first time. *HB 2972 (2015)*

IF YOUR CHILD HAS ALREADY RECEIVED A DENTAL SCREENING

Parent/Guardian:

- If you know your child has already had a dental screening, please check the box below, fill out this section, and sign it.
- If you do not know if your child has had a dental screening, please have a dental provider fill out this section and sign it.
- Please return this form to the school office.

My child _____ has received a dental screening.
(First name) (Middle initial) (Last name)

Parent/Guardian or Dental Provider

Print Name: *es* _____

Signature *es* _____ Date *es* _____

TO OPT-OUT OF THE DENTAL SCREENING REQUIREMENT

Parent/Guardian: You may choose to have your child opt-out of a dental screening due to a reason listed below. Please fill out this section and sign it. Then return this form to the school office.

My child _____ was not screened due to the following:
(First name) (Middle initial) (Last name)

Please check all that apply:

- We already submitted a certification form at a previous school.
- The dental screening is contrary to student or families religious beliefs.
- The dental screening is a burden.

The dental screening is a burden for the student or the parent or guardian of the student when:

- (A) The cost of obtaining the dental screening is too high;*
- (B) The student does not have access to a screener or;*
- (C) The student was unable to obtain an appointment with a screener*

Parent/Guardian

Print Name *es*: _____

Signature *es* _____ Date *es* _____

Formulario de certificación de examen dental

La ley ahora requiere que a un niño de 7 años de edad o más joven se le haga un examen dental antes de ingresar a la escuela por primera vez. (HB 2972 (2015))

SI SU HIJO YA HA RECIBIDO UN EXAMEN DENTAL

Padre o tutor:

- Si usted sabe que a su niño se le hizo ya examen dental, marque la casilla de abajo, rellene esta sección y fírmela por favor.
- Si usted no sabe si a su hijo se le hizo un examen dental, por favor haga que un proveedor dental rellene esta sección y que la firme.
- Por favor, devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Mi hijo _____ ha recibido un examen dental.
(Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Padre o tutor o proveedor dental

Escriba el nombre: _____

Firma _____ Fecha _____

PARA QUE SE LE EXCLUYA DEL REQUISITO DE EXAMEN DENTAL

Padre o tutor: Usted puede elegir que su hijo sea excluido de un examen dental debido a una razón de las que mencionamos a continuación. Por favor, rellene y firme esta sección. Luego devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Mi hijo no recibió un examen por lo siguiente: (por favor, marque todas las que aplican):

- Ya hemos presentado un formulario de certificación en una escuela anterior.
- El examen dental es contrario a las creencias religiosas de la familia o del estudiante.
- El examen dental es una carga.

El examen dental es una carga para el estudiante o el padre o tutor del estudiante cuando:

- (A) El costo de obtener el examen dental es muy alto;*
- (B) El estudiante no tiene acceso a un examinador o;*
- (C) El estudiante no pudo obtener una cita con un examinador*

Padre o tutor

Escriba el nombre: _____

Firma _____ Fecha _____