

**DENTAL ASSESSMENT/WAIVER REQUEST FORM
REQUERIMIENTO DE EXAMEN DENTAL PARA INGRESO ESCULAR/RENUNCIA**

**RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL BY MAY 31.
REGRESA ESTA FORMA A LA ESCUELA PARA EL 31 DE MAYO**

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment by May 31 in transitional kindergarten, 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 Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California, ahora requiere que sus niños tengan una evaluación de salud oral (examen dental) antes del 31 de mayo en kindergarten transición, kindergarten o en primer grado, dependiendo de cual sea su primer año en una escuela pública. Los exámenes dentales que se hayan realizado dentro de los 12 meses antes de que sus niños entren a la escuela, también cumplen con este requisito. Si no puede llevar a sus niño a un examen dental, podrá obtener una renuncia a este requisito, llenando la Sección 3 de esta forma.

SECTION 1/SECCION 1

**To be completed by the parent or guardian
Deberá ser llenada por los padres o tutores**

Child's Last Name/Apellido:	First Name/Primer Nombre:	Middle Initial/ Segundo nombre:	Birth date/ Fecha de nacimiento:
Address/Domicilio:			Apt.:
City/Ciudad:			ZIP code/ Código Postal:
School/Escuela:	Teacher/Maestro(a):	Grade/Grado:	Child's Gender/Género: <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino
Parent/Guardian Name/Nombre de los padres:	Child's race/ethnicity raza /origen étnico del niño: <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"/> Other <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Unknown		

I give permission for the dental professional to share information about my child's dental check-up.
Yo doy permiso para que el profesional dental comparta información acerca del examen de mi hijo.

_ **Signature of parent or guardian/Firma del padre o madre o guardian Date/Fecha**

SECTION 2

Oral Health Data Collection

**To be completed by the dental professional conducting the assessment
Deberá ser llenado por el profesional en salud dental que realice la evaluación**

Assessment Date:	<u>Carles Experience</u> (Visible caries and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes	<u>Visible Decay Present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> T1 No obvious problem found <input type="checkbox"/> T2 Early dental care recommended (caries without pain or infection; would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/>
------------------	--	--	--

	<input type="checkbox"/> No		<small>T3</small> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
--	-----------------------------	--	---

Dental professional's signature & license number Date

Address/stamp

0215 WAIVER SIGNED ON BACK

SECTION 3

Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be completed by a parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Please check the box that best describes the reason.)

- w1 I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan.
My child is covered by the following insurance plan:
 - Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids None
 - Other _____
- w2 I cannot afford a dental check-up for my child.
- w3 I do not want my child to receive a dental check-up.
- w4 Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

Signature of parent or guardian Date

The law states that schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. If you have any questions about this requirement, please contact your school office.

SECCIÓN 3

Renuncia al Requerimiento del Examen Dental

Debe ser llenado por los padres o tutores , solicitando ser exentos de este requerimiento

Solicito que mi hijo o hija sea disculpado del examen oral para ingresar a la escuela debido a la siguiente razón: (Por favor marque el espacio que describe la razón)

- w1 No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo o hija.
Mi hijo está cubierto con el seguro:
 - Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno Otro
 - _____
- w2 No puedo pagar por el examen dental de mi hijo o hija.
- w3 No quiero que mi hijo o hija reciba un examen dental.
- w4 Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un examen dental:

Firma de los padres o tutores Fecha

La ley estipula que las escuelas deben de mantener en forma privada la información sobre la salud de los estudiantes. Como resultado de esta ley, el nombre de sus niños no deberá de aparecer en ningún reporte. Si ustedes tienen preguntas acerca de este requisito, por favor llamen a la oficina de la escuela .