

Renuncia Voluntaria al Requisito de Evaluación de la Salud Oral


Por favor complete este formulario si necesita excusar a su hijo 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 del segundo nombre:	Fecha de Nacimiento del Niño: - -
Dirección:			Apt.
Ciudad:			Código Postal
Nombre de Escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el Kínder:
Primer Nombre del Padre/Tutor:	Apellido del Padre/Tutor:		Género del Niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza/Etnia del Niño:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)		

Continúa en la Siguiete Página

Sección 2: Debe ser completado por el padre o tutor SOLAMENTE SI solicita ser excusado de este requisito

Por favor excuse 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. El plan de seguro dental de mi hijo es: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar una evaluación para mi hijo.
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir a un dentista (por ejemplo; 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 (por ejemplo; no tengo transporte, estoy demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficie de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (por favor especifique el motivo no mencionado anteriormente por el cual solicita la renuncia voluntaria de esta evaluación para su hijo): _____ _____
Si solicita ser excusado de este requisito:	
	_____
Firma del padre o tutor	Fecha

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 solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo. 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.

El original se mantendrá en el expediente escolar del niño.