

## Requisito de evaluación

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo al chequeo dental, podrá obtener una exención para este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

### Sección 1

**Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor**

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio (número):	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

### Section 2: Oral Health Data Collection

**To be completed by the dental professional conducting the assessment**

*(Información de Salud Dental - a ser completado por el profesional dental)*

Assessment Date:  <i>(fecha de evaluación)</i>	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i>  <i>(caries visibles y/o empastes presentes)</i>	<u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i>  <i>(caries visibles presentes)</i>	<u>Treatment Urgency</u> <i>(urgencia de tratamiento):</i> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <i>(ningún problema obvio)</i> <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <i>(se recomienda atención dental)</i> <input type="checkbox"/> Urgent care needed <i>(se necesita atención urgente)</i>
--	--	---	--

**Dental professional's signature**  
*Firma del profesional de salud dental*

**Date**  
*fecha*

***El original será guardado en el registro escolar del menor.***

**Página 1 de 1**

***Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo de 20\_\_\_\_.***

### Sección 3

#### Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor  
que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito de evaluación de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.  
Mi hijo está cubierto con el seguro:  Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo.

No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental:

\_\_\_\_\_

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor contacte a la oficina de la escuela.

---

***Firma del padre, madre o tutor***

***Fecha***

***El original será guardado en el registro escolar del menor.***

**Página 2 de 2**