

Exención del Requisito de una Evaluación de Salud Oral


Por favor llene esta forma si usted necesita una exención para el requisito de una evaluación de salud oral. Por favor firme y regrese esta forma a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información sobre el niño (Debe ser llenado por el padre o guardián)

Primer nombre del niño:	Apellido del niño:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño:
Dirección:			Apt.:
Ciudad:			Apartado Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en el que el niño empieza el Kindergarten:
Nombre del Padre / Guardián:	Apellido de Padre / Guardián:	Genero del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza/ Etnicidad del niño:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Varias razas <input type="checkbox"/> Nativo del Hawái/ Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Se desconoce 		

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Debe ser llenado por un padre o guardián SÓLO SI están pidiendo una exención para este requisito.

Por favor excuse a mi niño de esta evaluación porque (marque la caja que mejor describe el motivo):	
<input type="checkbox"/>	No he podido encontrar una oficina de dentista que acepte el plan de seguro dental de mi niño. El plan de seguro dental de mi niño es: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	No puedo cubrir el costo de una evaluación para mi niño.
<input type="checkbox"/>	No he encontrado el tiempo para poder ir al dentista (ejemplo: no he podido obtener el tiempo libre de mi trabajo, el dentista no tiene horas de oficina convenientes.)
<input type="checkbox"/>	No puedo llegar al dentista tan fácilmente (ejemplo: no tengo transporte, vivo muy lejos)
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficiaría de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (por favor especifique la razón si no está mencionada arriba sobre porque usted está buscando esta exención para la evaluación de su niño): _____ _____
Si está pidiendo tener una exención para este requisito:	
 _____ Firma del Padre o Guardián Fecha	

La ley declara que las escuelas deben mantener privada la información sobre la salud de los estudiantes. El nombre de su niño no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información solo se utilizará con propósitos relacionados con la salud de su niño. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su escuela.

Regrese est forma a la escuela *no más tarde del 31* de mayo en el primer año de escuela de su niño.

La forma original se mantendrá como parte del record escolar de su niño.