

Exención del Requisito de Evaluación de Salud Oral

Complete este formulario si necesita excusar a su hijo/a del requisito de evaluación de salud oral.
Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del niño/a (completada por los padres o tutor legal)

Nombre del estudiante:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño/a: MM – DD – AAAA
Dirección:			Departamento:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Grado:	Año en que el niño/a comienza kínder: A A A A
Nombre de padre/madre/tutor:	Apellido de padre/madre/tutor:		Género del niño/a: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Raza/origen étnico del niño/a:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de la Polinesia <input type="checkbox"/> Desconocido		

Continúa en la siguiente página

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

Por favor, permita que mi hijo/a esté exento 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/a. El plan de seguro dental de mi hijo/a es: <input type="checkbox"/> <i>Medi-Cal</i> <input type="checkbox"/> <i>Covered California</i> <input type="checkbox"/> <i>Healthy Kids</i> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar una evaluación para mi hijo/a.
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir a un dentista (por ejemplo, no puedo obtener el tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene un horario de oficina conveniente).
<input type="checkbox"/>	No puedo llegar a un dentista fácilmente (por ejemplo, no tengo transporte, ubicado demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo/a se beneficiaría de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique el motivo no mencionado anteriormente por el que está solicitando una exención a esta evaluación para su hijo/a): _____ _____
Si solicita ser excusado/a de este requisito:	
<input type="checkbox"/> _____ Firma del padre/madre/tutor legal	<input type="checkbox"/> <u>MM – DD – AAAA</u> Fecha

La ley establece que las escuelas deben mantener la información médica de los estudiantes en privado. El nombre de su hijo/a no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo/a. Si tiene preguntas, por favor llame a su escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo/a.

**La copia original se mantendrá en el expediente escolar del niño/a.
(Original to be kept in child's school record.)**