

Exención del Requisito de Evaluación de Salud Bucal de Kinder (Kindergarten)

Favor complete este formulario si necesita excusar a su niño(a) del requisito de evaluación de salud bucal. Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – YYYY										
Dirección:			Apt.:										
Ciudad:		ICódigo postal:											
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado: ▼	Año en el que el menor empieza el kínder: Y Y Y Y										
Nombre del padre, madre, tutor:	Apellido del padre, madre, tutor:	Género del menor: ☐ Masc. ☐ Fem.											
Raza/origen étnico del menor:	<table><tr><td>☐ Blanco</td><td>☐ Indígena estadounidense</td></tr><tr><td>☐ Negro/Afroestadounidense</td><td>☐ Multi-racial</td></tr><tr><td>☐ Hispano/Latino</td><td>☐ Desconocido</td></tr><tr><td>☐ Asiático</td><td>☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico</td></tr><tr><td>☐ Otro (especifique):</td><td> </td></tr></table>			☐ Blanco	☐ Indígena estadounidense	☐ Negro/Afroestadounidense	☐ Multi-racial	☐ Hispano/Latino	☐ Desconocido	☐ Asiático	☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico	☐ Otro (especifique):	
☐ Blanco	☐ Indígena estadounidense												
☐ Negro/Afroestadounidense	☐ Multi-racial												
☐ Hispano/Latino	☐ Desconocido												
☐ Asiático	☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico												
☐ Otro (especifique):													

Continúa en la Próxima Página



Sección 2: Para ser completado por el padre, madre o tutor, SOLO SI solicita ser excusado de este requisito.

Por favor, excuse a mi niño(a) de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa la razón):

☐	No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo. El plan de seguro dental de mi niño(a) es: ☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ Ninguno ☐ Otro: _____
☐	No puedo pagar una evaluación para mi niño(a).
☐	No puedo encontrar el tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo tener el tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene un horario de oficina conveniente).
☐	No puedo llegar fácilmente a un dentista (por ejemplo, no tengo transporte, estoy demasiado lejos).
☐	No creo que mi niño(a) se beneficie de una evaluación.
☐	Otro (especifique la razón no mencionada anteriormente por la que está solicitando una exención de esta evaluación para el menor): _____ _____

Si está solicitando que se le exonere de este requisito:

► _____ MM – DD – YYYY
Firma del padre, madre o tutor **Fecha**

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela.

Devuelva este formulario a la escuela no mas tarde del 31 de Mayo del primer año escolar de su hijo.

El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.