Exención del requisito de evaluación de la salud bucal

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

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del estudiante:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño:
Dirección:			Apto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año que el niño comienza el jardín de Y Y Y Y
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:		Género del niño: Masculino

Raza/etnicidad del niño:	☐ Blanco	☐ Nativo Americano
	☐ Negro/Afroamericano	☐ Multirracial
	☐ Hispano/Latino	☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
	☐ Asiático	☐ Desconocido
	☐ Otro (especifique)	

Continúa en la página siguiente

Sección 2: Para ser completada por el padre o tutor SOLAMENTE SI solicita ser eximido de este requisito

Por favor, disculpe a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa el motivo):	
☐	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: ☐ Médico ☐California cubierta ☐Niños sanos ☐Ninguno ☐ Otro:_____
☐	No puedo pagar una evaluación para mi hijo.
☐	No encuentro tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo tener tiempo libre en el trabajo, el dentista no tiene un horario de atención conveniente).
☐	No puedo llegar fácilmente a un dentista (por ejemplo, no tengo transporte, está muy lejos).
☐	No creo que mi hijo se beneficiaría de una evaluación.
☐	Otro (especifique el motivo no mencionado anteriormente por el cual solicita una exención 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 sólo podrá utilizarse 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* 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original se guardará en el expediente escolar del niño.