

**Exención del requisito de evaluación de salud oral**

Por favor rellene este formulario si necesita excusar a su hijo 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) (rellenada por el padre o tutor)**

Primer nombre del niño(a):	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño(a): ____ - ____ - ____
Dirección:			Apt.:
Ciudad:		Código ZIP: 	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño(a) empieza el kindergarten: 
Primer nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género del niño(a): <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Raza/etnicidad del niño(a):	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros (especifique)		

*Continúe en la siguiente página*

**Sección 2: Para ser rellenado por el padre o tutor Únicamente si está pidiendo ser exentado de este requisito**

Por favor excluya a mi hijo(a) de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describe la razón):

<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo. El plan de seguro dental de mi hijo 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 pagar una evaluación para mi hijo.
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir con un dentista (por ejemplo, no puedo obtener el tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene horas de oficina convenientes).
<input type="checkbox"/>	No puedo ir a un dentista fácilmente (por ejemplo, no tengo transporte, ubicado demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficiaría de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otra (por favor, especifique la razón no mencionada anteriormente de por qué está buscando una exención de esta evaluación para su hijo): _____ _____

Si está pidiendo ser exentado de este requisito:

► \_\_\_\_\_  
**Firma del padre de familia 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 será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para propósitos relacionados con la salud de su hijo. 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).**

***Copia original para ser conservada en el registro escolar del niño.***