



Vision and Dental Screening Certification Form

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____
(Please print: Last Name, First Name) Student ID: _____ School: _____

Oregon Law now requires a child who is 7 years of age or younger to have dental and vision screenings before entering school for the first time. For information about vision requirements see [2013 Oregon HB3000 Section 1: \(2\)\(a\) through \(3\)\(b\)](#) For information about dental requirements see [2015 Oregon HB2972 Section 1: \(2\)\(a\) through \(3\)\(c\)](#)

VISION SCREENING CERTIFICATION

Complete the section below if your student is 7 years of age or younger

OR you would like to opt out of screening at grades PK, K, 1, 2, 3 & 5

- My Child has received a vision screening.
Most recent screening or eye exam date: _____ Was a follow-up recommended? Yes No
Name of provider: _____
- I have previously submitted certification to the school office at _____
- I am not providing certification of vision screening/exam due to my religious beliefs.
- I am requesting no vision screenings be administered to my child while enrolled in HSD.

Parent/Guardian Signature

Date

DENTAL SCREENING CERTIFICATION

Complete the section below if your student is 7 years of age or younger

- My Child has received a dental screening within the last 12 months.
Most recent screening or dental exam date: _____ Was a follow-up recommended? Yes No
Name of provider: _____
- I have previously submitted certification to the school office at _____
- I am not providing certification of dental screening/exam due to my religious beliefs.
- The dental screening is a burden because:
 - (A) The cost of obtaining the dental screening is too high;
 - (B) The student does not have access to a screener or;
 - (C) The student was unable to obtain an appointment with a screener

Parent/Guardian Signature

Date



Formulario de certificación de examen de visión y dental

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
(Escriba en letra de imprenta: apellido, nombre) # ID del estudiante: _____ Escuela: _____

La ley de Oregón ahora requiere que un niño de 7 años o menos se someta a exámenes dentales y de visión antes de ingresar a la escuela por primera vez. Para obtener información sobre los requisitos de visión, consulte la [Sección 1: \(2\)\(a\) a \(3\)\(b\) de la Ley HB3000 de la Cámara de Representantes de Oregón 2013](#). Para obtener información sobre los requisitos dentales, consulte la [Sección 1: \(2\)\(a\) a \(3\)\(c\) de la Ley HB2972 de la Cámara de Representantes de Oregón 2015](#).

CERTIFICADO DE EXAMEN DE VISIÓN

Complete la sección a continuación si su estudiante tiene 7 años o menos
O si le gustaría optar por no participar en el examen que se realiza en los grados PK, K, 1, 2, 3 y 5

- A mi estudiante se le realizó un examen de visión.
Fecha del examen de visión o examen ocular más reciente: _____
¿Se recomendó una cita de seguimiento? Sí No
Nombre del proveedor de servicios de visión: _____
- Previamente he presentado el certificado en la oficina escolar de _____
- No estoy proporcionando un certificado de examen de visión/examen ocular debido a mis creencias religiosas.
- Solicito que no se le administren exámenes de visión a mi estudiante mientras esté inscrito en HSD.

Fecha de firma del padre/tutor legal

Fecha

CERTIFICADO DE EXAMEN DENTAL

Complete la sección a continuación si su estudiante tiene 7 años o menos

- A mi estudiante se le realizó un examen dental en los últimos 12 meses.
Fecha de la revisión o examen dental más reciente: _____
¿Se recomendó una cita de seguimiento? Sí No
Nombre del proveedor de servicios dentales: _____
- Previamente he presentado el certificado en la oficina escolar de _____
- No estoy proporcionando un certificado de revisión/examen dental debido a mis creencias religiosas.
- El examen dental representa una dificultad porque:
 - (A) El costo del examen dental es demasiado alto;
 - (B) El estudiante no tiene acceso a un proveedor de servicios dentales o;
 - (C) El estudiante no pudo obtener una cita con un proveedor de servicios dentales.

Fecha de firma del padre/tutor legal

Fecha