

Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment Requirement

Please fill out this form if you need to excuse your child from the kindergarten oral health assessment requirement. Sign and return this form to the school where it will be kept confidential.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: <small>MM-DD-YYYY</small>
Address: City: _____ Zip Code: _____			Apt.: _____
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: <small>YYYY</small>
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:	Child's Gender: <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/> Nonbinary	
Child's Race/Ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other (please specify)			

Section 2: To be filled out by parent or guardian ONLY IF asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):

<input type="checkbox"/>	I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/>	I cannot afford an assessment for my child.
<input type="checkbox"/>	I cannot find the time to get to a dentist (e.g., cannot get the time off from work, the dentist does not have convenient office hours).
<input type="checkbox"/>	I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
<input type="checkbox"/>	I do not believe my child would benefit from an assessment.
<input type="checkbox"/>	Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child): _____

If asking to be excused from this requirement:

_____ MM - DD - YYYY
Signature of parent or guardian **Date**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

**Return this form to the school *no later than* by the end of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.**

Exención del requisito de evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)

Llene este formulario si necesita que se exente a su hijo(a) del requisito de la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten). 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: MM-DD-YYYY
Dirección: Ciudad: Código postal:			Depto:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	¿Año en el que el menor empieza el kínder: YYYY
Nombre del padre, madre, tutor:	Apellido del padre, madre, tutor:	Género del menor: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> No binaio	
Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (debe ser completada por un profesional dental autorizado de California)

Solicito que se exente a mi hijo(a) de la evaluación porque (marque la casilla que describa mejor la razón)

<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"/> 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 la evaluación de mi hijo(a)
<input type="checkbox"/>	No dispongo de tiempo para acudir a un dentista (por ejemplo, no puede faltar al trabajo, el horario del consultorio del dentista no le resulta práctico)
<input type="checkbox"/>	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos)
<input type="checkbox"/>	No creo que a mi hijo(a) le beneficie una evaluación
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique la razón no mencionada arriba por la cual solicita que se exente a su hijo(a) de presentar esta evaluación): _____

Si solicita que se le exente de cumplir este requisito:

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(a) no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela.

**Devuelva este formulario a la escuela a más tardar al final del primer año escolar de su hijo(a).
El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.**