

Exención del Requisito de Evaluación de la Salud Bucal

Complete este formulario si necesita excusar 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/a (Completado por un padre/tutor)

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| Primer Nombre del Niño/a: | Apellido: | Inicial del 2do Nombre: | Fecha de Nacimiento: MM – DD – YYYY |
| Dirección: | | | Apt.: |
| Ciudad: | | Código Postal: | |
| Nombre de la Escuela: | Maestro/a: | Grado: | Año que empieza kindergarten: Y Y Y Y |
| Primer Nombre del Padre/Tutor: | Apellido del Padre/Tutor: | Género del Niño/a: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino | |
| Raza/Etnia del Niño/a: | <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro/Afro Americano <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Otro (por favor especifique) <input type="radio"/> Nativo Americano <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Nativo Islas Hawaianas Pacif. <input type="radio"/> Desconocido | | |

Continúa en la Siguiente Página

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

Por favor, excuse a mi hijo/a de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa 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 una evaluación para mi hijo/a. |
| <input type="checkbox"/> | 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.) |
| <input type="checkbox"/> | No puedo llegar fácilmente a un dentista (por ejemplo, no tengo transporte, estoy ubicado demasiado lejos). |
| <input type="checkbox"/> | No creo que mi hijo/a se beneficiaría de una evaluación. |
| <input type="checkbox"/> | Otro (por favor especifique la razón no mencionada anteriormente por la cual está buscando una exención de esta evaluación para su hijo/a): _____ _____ |

Si solicita ser exento de este requisito:

► _____ MM – DD – YYYY
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 será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a la oficina de salud de su escuela.

Devuelva este formulario a la oficina de salud escolar a más tardar el 1 de mayo del primer año escolar de su hijo.

Documento original que se conservará en el registro escolar del niño.