

Exención del requisito de evaluación de la salud buccal

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

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

El primer nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Direccion de casa			Apartamento #
Ciudad	Código postal		
Nombre de escuela	Maestro	Grado	Año en que el estudiante comienza el jardín de infantes
Nombre del padre/tutor	Apellido del padre/tutor	Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	
Raza/etnicidad del niño:			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo americano	<input type="checkbox"/> Desconocido	
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Otro	

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 solo se puede utilizar 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 el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original se permanecerá en el récord escolar de su hijo.

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

Disculpe a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa el motivo):	
<input type="checkbox"/>	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:
	<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 a un dentista (por ejemplo, no puedo tener tiempo libre en el trabajo, el dentista no tiene horas de oficina convenientes).
<input type="checkbox"/>	No puedo llegar fácilmente a un dentista (p. ej., no tengo transporte, estoy demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficie de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	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:	
<hr/>	<hr/>
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 solo se puede utilizar 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 el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original se permanecerá en el récord escolar de su hijo.