

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 (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño: MM – DD – AAAA
Dirección:			Apto.:
Ciudad:		Código postal: 	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el jardín de infantes A A A A
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género del niño <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Raza/Etnia del niño:	<input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Nativo Americano <input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otro (especificar)		

Continúa en la página siguiente

Sección 2: Para ser completado por el padre o tutor SOLAMENTE SI solicita ser eximido de este requisito

Por favor, excuse 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 costear una evaluación para mi hijo.
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo conseguir tiempo libre en el 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, está demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo se beneficiaría 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 eximido de este requisito:	
<input type="checkbox"/> _____ Firma del padre o tutor	MM – DD – AAAA _____ 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 podrá utilizarse 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 conservará en el expediente escolar del niño.