

Exención del Requisito de Evaluación de Salud Oral

Por favor llene este formulario si necesita excusar a su estudiante del requisito de evaluación de salud oral. Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del Estudiante (Para ser llenado por el padre o tutor)

Nombre del Estudiante:	Apellido:	Inicial 2do Nombre:	Fecha de Nacimiento: MM – DD – YYYY
Dirección:			Apt.:
Ciudad:		Código Postal: 	
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que empieza kínder: Y Y Y Y
Nombre del Padre/Tutor:	Apellido del Padre/Tutor:	Sexo del Estudiante: Masculino Femenino	
Raza/Etnia del Estudiante:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)		
	<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Los padres o tutores deben llenar esta sección SOLAMENTE SI están pidiendo que se les excuse de este requerimiento.

Por favor excuse a mi estudiante de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describe la razón):

<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 un exámen para mi estudiante.
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo obtener tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene horas de oficina convenientes).
<input type="checkbox"/>	No puedo ir al dentista fácilmente (por ejemplo, no tengo transporte, está demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi estudiante se beneficiaría de un examen.
<input type="checkbox"/>	Otro (por favor, especifique la razón no mencionada anteriormente del porqué está buscando una exención de este examen para su estudiante): _____ _____

Si está pidiendo ser excusado de este requerimiento:

► _____ MM – DD – YYYY

Firma del padre/Tutor ***Fecha***

La ley establece que las escuelas deben mantener la información de salud de los estudiantes en privado. Como resultado de esta ley, el nombre de su estudiante no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su estudiante. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su estudiante.

El original debe mantenerse en el registro escolar del estudiante