

Exención (Elejir no participar) del Requisito de La Evaluación de Salud Bucal (Dental)

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 menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor::	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – YYYY
Dirección:			Apt.:
Ciudad:		Código postal:	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el jardín de infantes: Y Y Y Y
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:	Sexo del menor: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Raza/origen étnico del menor:	<input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Otro (por favor especifica) <input type="radio"/> Indio nativo americano <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="radio"/> Desconocido		

Continúa en la siguiente página

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/hija.
<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:	
<input type="checkbox"/>	MM – DD – YYYY
Firma del padre/madre/tutor	Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de Mayo del primer año escolar de su hijo.

El documento original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.