



Examen de la salud oral/Petición de exención

La ley de California, *Sección 49452.8 del Código de Educación*, requiere ahora que a su hijo/a se le haga un examen de la salud oral antes del 31 de mayo en kinder o primer grado, el que sea su primer año en la escuela pública. El examen debe ser llevado a cabo por un dentista con licencia u otro profesional de la salud dental con licencia o registrado. Un examen de la salud oral que haya tenido lugar en los 12 meses anteriores a que su hijo/a entre en la escuela cumple este requisito. Si rellena la Sección 3 de este formulario, se le puede excusar de este requisito.

Sección 1 (Debe ser relleno por el padre, madre o tutor)

Nombre del niño/a:	Apellido:	Inicial del 2º nombre:	Fecha de nacimiento del niño/a:
Dirección:			
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del niño/a: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
Nombre del Padre/Tutor:	Raza/etnicidad del niño/a: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Áfrico-Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

Section 2 (To be completed by dental professional)

Assessment Date:	Visible caries and/or fillings present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible caries present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed
------------------	--	--	--

Dental professional's signature _____ Date _____

Printed name _____ Phone _____

Sección 3 Exención del requisito de examen de salud oral

(Debe ser relleno por el padre, la madre o el tutor pidiendo que se le excuse de este requisito)

Solicito que mi hijo/a reciba una exención de realizar el examen de salud oral requerido por la siguiente razón: *(Por favor, marque la casilla que describa mejor la razón)*

No soy capaz de encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo/a. Mi hijo/a está cubierto/a por el siguiente plan de seguro: Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families
 Healthy Kids Ninguno Otro _____

No puedo pagar un examen de salud oral para mi hijo/a.

No quiero que a mi hijo/a se le haga un examen de salud oral.

Otras razones: _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la confidencialidad de la información de la salud de los estudiantes. La identidad de su hijo/a no estará asociada con ningún informe producido como resultado de este requisito. Si tiene alguna pregunta sobre este requisito, por favor póngase en contacto con la oficina de su escuela.

Entregue este formulario a la escuela antes del 31 de mayo

(El original sera mantenido en el archivo de su hijo/a en la escuela)