



## Exención del Requisito de Evaluación de la Salud Bucodental

Por favor, rellene este formulario si necesita excusar a su hijo/a del requisito de evaluación de salud bucodental. Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

### Sección 1: Información del niño (Rellenada por los padres o tutores)

Nombre del niño/a:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño/a:
Dirección:			Apartamento:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro/a:	Grado:	Año que inicio su hijo/a Kindergarten:
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza/etnicidad del niño:	Raza/etnicidad del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

### Sección 2: Debe ser rellena por el padre o tutor SOLO SI desea ser eximido de este requisito.

Por favor, excuse a mi hijo/a de la evaluación porque (marcar la casilla que mejor describa el motivo):

<input type="checkbox"/>	No encuentro una clínica dental que tome el plan de seguro dental de mi hijo/a. 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 tengo medios para pagar una evaluación para mi hijo.
<input type="checkbox"/>	No encuentro el momento de ir al dentista (ej. no puedo obtener el tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene un horario de consulta conveniente)
<input type="checkbox"/>	No puedo llegar fácilmente a un dentista (ej. no tengo transporte, se encuentra demasiado lejos)
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo/a se beneficie de una evaluación
<input type="checkbox"/>	Otro (por favor, especifique la razón no mencionada anteriormente por la que solicita la exención de esta evaluación para su hijo/a):  _____ _____
Si pide que se le exima de este requisito:  _____ _____	
Firma del padre o tutor	Fecha

La ley establece que la escuela debe mantener en privado la información sobre la salud del estudiante. El nombre de su hijo/a no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo se podrá utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo/a. Si tiene alguna pregunta, llame a su escuela.

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

El original debe conservarse en el expediente escolar de su hijo/a

rev. Julio 2022