

Forma de Evaluación de Salud Oral / Petición de Exención

La ley de del estado de California (Codigo Educacional, Sección 49452.8), ahora requiere que su hijo(a) reciba un examen oral por un dentista antes del 31 de mayo durante el año escolar de kinder or del primer grado (cualquier sea el primer año de su asistencia en una escuela pública del estado). Según la ley, el examen oral se tiene que administrar por un dentista licenciado o un profesional registrado en salud oral. Cualquién exámen oral que han tenido entre 12 meses antes de empezar la escuela es valido también. Si no puede llevar a su hijo(a) a que reciba tal examen, hay posibilidad de que puede recibir exención de este requisito en llenar Sección 3 de esta forma.

Sección 1 Completado por Padre o Guardian

Primer Nombre (estudiante)	Apellido	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección de residencia			No. de Apartamento
Ciudad:			Codigo postal
Escuela de asistencia	Maestro(a)	Grado	<input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nina
Nombre de padre/guardián	Raza/etnicidad <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indigen Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleno <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indigen de Alaska <input type="checkbox"/> Multi- racial		

Sección 2 Colección de Datos de Salud Oral Completado por dentista (Completed by Dental Professional Conducting Assessment)

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
------------------	---	---	---

X _____ Date

Dental Professional's Signature

Sección 3 Petición de Exención del Requisito de Salud Oral Completado por el padre or guardián pidiendo la exención

Yo pido que mi hijo(a) sea eximido(a) del requisito del examen de salud oral por las siguientes razones: (favor de escoger la mejor razón descrita:

No puedo encontrar a una oficina dental que acepta el plan de seguro de mi hijo(a). El siguiente plan es el que cubre a mi hijo(a): Medi-Cal/Denti-Cal Healthy families Healthy Kids Ninguno de estos

No tenemos los recursos financieros para pagar por el examen de salud oral.

No quiero que mi hijo(a) reciba un examen oral.

Opción: Por otras razones mi hijo(a) no pudo obtener un examen de salud oral.

La ley de California requiere que escuelas mantengan la privacidad de información de salud de estudiantes. La identidad de su hijo(a) no se asociará con ningún reporte producido de parte de este requisito. Si tiene alguna pregunta sobre este requisito, favor de contactar la oficina escolar.

X _____ Fecha

Firma de Padre o Guardián