

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. Cualquér 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:			Código postal
Escuela de asistencia	Maestro(a)	Grado	☐ Nino ☐ Nina
Nombre de padre/guardián	Raza/etnicidad ☐ Caucásico ☐ Africano ☐ Asiático ☐ Indigen Americano ☐ Hawaiano/isleno ☐ Hispano/Latino ☐ Indigen de Alaska ☐ 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: ☐ Yes ☐ No	Visible caries present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended ☐ 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