Exención del requisito de evaluación de la salud bucodental

Llene este formulario si necesita dispensar a su hijo(a) del requisito de evaluación de la salud bucodental. Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

<table>
<tr><td>Nombre del niño(a):</td><td>Apellido del niño(a):</td><td>Inicial 2º nombre:</td><td colspan="2">Fecha de nacimiento del niño(a):
- -</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dirección:</td><td colspan="2">Apt.:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ciudad:</td><td colspan="2">Código postal:</td></tr>
<tr><td>Nombre de la escuela:</td><td>Profesor(a):</td><td>Grado:</td><td colspan="2">Año en que el niño(a) empieza kínder:</td></tr>
<tr><td>Nombre del padre / tutor:</td><td colspan="2">Apellido del padre / tutor:</td><td colspan="2">Género del niño(a):
☐Masculino ☐ Femenino</td></tr>
<tr><td>Raza / etnia del niño(a):</td><td>☐ Blanca
☐ Negra / afroamericana
☐ Hispana / latina
☐ Asiática
☐ Otra (especifique)</td><td colspan="3">☐ Nativo americana
☐ Multirracial
☐ Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
☐ Desconocida</td></tr>
</table>

Continúa en la próxima página

Sección 2: el padre o tutor debe llenar esta sección SÓLO SI solicita ser eximido de este requisito.

Por favor, excuse a mi hijo(a) de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa el motivo):	
☐	No encuentro una oficina dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo(a). El seguro dental de mi hijo es: ☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ Ninguno ☐ Otro: _____
☐	No puedo pagar una evaluación para mi hijo(a).
☐	No tengo tiempo para ir al dentista (p. ej., no puedo faltar al trabajo, el dentista no tiene un horario de consulta adecuado).
☐	No puedo ir fácilmente al dentista (p. ej., no tengo transporte, está demasiado lejos).
☐	No creo que mi hijo(a) se beneficie de una evaluación.
☐	Otro (especifique un motivo no mencionado anteriormente por el que solicita la exención de esta evaluación para su hijo(a)): _____ _____

Si solicita ser eximido de este requisito:

▶ _____ - -
Firma del padre, madre o tutor ***Fecha***

La ley declara que las escuelas deben mantener la privacidad de la información sobre la salud del estudiante. El nombre de su hijo(a) no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo puede utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene preguntas, por favor 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).