

Departamento de Salud Pública de California

Julio 2022 – Página 1 de

Exención del requisito de evaluación de la salud bucal

Complete este formulario si necesita excusar a su hijo del requisito de evaluación de salud bucal.

Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

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

El primer nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño: MM – DD –
DIRECCIÓN:			pto.:
Ciudad:		Código postal:	
Nombre de escuela :	Maestro:	Grado: Año en que el niño comienza el jardín de infantes: Y	
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Sexo del niño: Masculino Femenino	
Raza/Etnicidad del niño:	Blanco Nativo americano Negro/afroamericano Multirracial Hispano/latino Asiático Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Desconocido Otro (por favor especifique)		

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Debe ser completada por el padre o tutor SOLAMENTE SI solicita ser excusado de este requisito

Disculpe a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa el motivo):			
No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo. El plan de seguro dental de mi hijo es:			
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> California cubierta	<input type="checkbox"/> Niños Saludables	<input type="checkbox"/> Ninguno
Otro: _____			
<input type="checkbox"/> No puedo pagar una evaluación para mi hijo.			
<input type="checkbox"/> No puedo encontrar el tiempo para ir a un dentista (por ejemplo, no puedo tener tiempo libre en el trabajo, el dentista no tiene horas de oficina convenientes).			
<input type="checkbox"/> No puedo llegar fácilmente a un dentista (p. ej., no tengo transporte, está demasiado lejos).			
<input type="checkbox"/> No creo que mi hijo se beneficie de una evaluación.			
<input type="checkbox"/> Otro (especifique el motivo no mencionado anteriormente por el cual solicita una exención de esta evaluación para su hijo):			
Si solicita ser excusado de este requisito:			
_____ Firma del padre o tutor		MM – DD – _____ Fecha	

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

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

Original para ser guardado en el expediente escolar del niño.