

### Exoneración del Requisito de Evaluación de Salud Oral

Complete este formulario si necesita excusar a su hijo/a del requisito de la evaluación de salud oral.  
 Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

#### Sección 1: Información del niño/a (completado por el padre/madre o tutor)

Nombre del Niño/a:	Apellido:	Inicial del Segundo nombre:	Fecha de nacimiento: MM – DD – YYYY
Dirección:			Apt.:
Ciudad:		Código Postal: 	
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que empieza el kínder:   Y   Y   Y   Y
Nombre del Padre/Madre o Tutor:	Apellido:	Sexo del Niño/a: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Raza/Etnicidad del Niño/a:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Pacífico isleño <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique)		

*Continúa en la siguiente página*

**Sección 2: Para ser completado por el Padre/Madre o Tutor SOLO SI pide ser excusado de este requisito.**

Por favor excuse a mi hijo de la evaluación porque (marque la razón que mejor describa el motivo):	
<input type="checkbox"/>	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"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar la evaluación de mi hijo/a.
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir al dentista (p. ej. No puede salir del trabajo, el dentista no tiene horas convenientes para mi)
<input type="checkbox"/>	No puedo llegar a un dentista fácilmente (p. ej. no tengo transportación, ubicado muy lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi hijo/a se beneficie de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otra (especifique el motivo que no se menciona arriba por el cual solicita una exención de esta evaluación para su hijo/a): _____ _____
<b>Si solicita ser excusado de este requisito</b>	
<input type="checkbox"/>	MM _ DD _ YYYY
<b>Firma del Padre/Madre o Tutor</b>	<b>Fecha</b>

La ley establece que las escuelas deben de mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo/a no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información solo se puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo/a. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a su escuela.

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

***Original to be kept in child's school record.***