

Formulario de Solicitud/Renuncia Para Una Evaluación Médica Dental

La ley de California, Sección 49452.8 del *Código Educativo*, requiere ahora que su hijo en Kindergarten (Jardín de Niños) o primer grado se haga un examen dental para el 27 de mayo, cualquiera que sea su primer año escolar en una escuela pública. La ley específica que el examen sea realizado por un dentista certificado u otro profesional de la salud dental certificado y registrado. También es aceptable si se ha realizado un examen dental dentro de los 12 meses antes de que su hijo entre a la escuela. Si usted no puede llevar a su hijo a este examen, usted puede ser exentado de este requerimiento, llenando la Sección 3 de este formulario.

Sección 1

Debe ser llenada por el padre/madre o tutor legal

Nombre del niño:	Apellido:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:			# de Apartamento:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del Padre/Madre o Tutor Legal:	Grupo étnico del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Grupo Étnico Mixto <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2

Compilación de la Información Médica Dental

Debe ser llenada por el dentista profesional que realice el examen

Fecha del Examen:	<u>Caries visibles y/o rellenos a la vista:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Caries visibles a la vista:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Tratamiento Urgente:</u> <input type="checkbox"/> No se encontró un problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda cuidado dental a tiempo <input type="checkbox"/> Necesita cuidado urgente
-------------------	---	--	---

Firma del dentista profesional

Fecha

Regrese este formulario a la escuela antes del 27 de mayo

El Original debe ser archivado en los registros escolares de su hijo.

Sección 3
Renuncia para el Requerimiento del Examen Médico Dental
Debe ser llenado por el padre/madre o tutor legal que solicita ser exentado de este requerimiento

Pido que mi hijo sea exentado del requerimiento del examen dental por la siguiente razón:
(Por favor marque la opción que mejor describa el motivo.)

- No puedo encontrar una oficina dental que acepte el seguro dental de mi hijo.

 Mi hijo está cubierto por el siguiente seguro:

- Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families (Familias Saludables)
 Healthy Kids (Niños Saludables) Ninguno
 Otro _____

- No puedo pagar un examen médico dental para mi hijo.

- No deseo que mi hijo se haga un examen dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no puede hacerse un examen dental: _____

La ley de California exige que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud del estudiante. La identidad de su hijo no estará asociada con ningún reporte producido por este requerimiento. Si usted tiene una pregunta acerca de este requerimiento, por favor comuníquese con la oficina de su escuela.

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal

Fecha

Regresen este formulario antes del 27 de mayo

El Original debe ser archivado en los registros escolares de su hijo.