

Formulario para la evaluación de salud oral y Formulario para solicitar exención - 2008-2009

El Código Educativo 49452.8, de la ley de California requiere que para el 31 de mayo su hijo o hija reciba una evaluación de su salud oral ya sea cuando curse el kindergarten o su primer grado, dependiendo cual es su primer año en una escuela pública. También se cumple el requisito si el niño o niña recibió una evaluación dentro de los 12 meses antes de empezar la escuela. La ley especifica que las evaluaciones deben realizarlas un dentista u otro profesional de salud dental que sea certificado. En caso que no pueda llevar a su hijo o hija para esta evaluación requerida, por favor indique el motivo en la Sección 3 del formulario.

Sección 1 Uno de los padres o el tutor debe completar lo siguiente

Nombre del niño(a)	Apellido del niño(a)	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del niño(a)
Domicilio			Núm. del apartamento
Ciudad			Zona postal
Escuela del niño(a)	Maestro(a)	Grado	El estudiante es: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre del padre/madre/tutor	Raza o grupo étnico del estudiante <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Del Asia <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Oriundo de Alaska <input type="checkbox"/> Oriundo de Hawai o de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

El profesional dental debe llenar la sección 2:

Section 2 Oral Health Data Collection To be completed by the dental professional conducting the assessment

Assessment Date:	<u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Visible fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed
------------------	---	---	---

Stamp _____ Dental professional's signature _____ Date _____

Sección 3 Exención del requisito de la evaluación de la salud oral Uno de los padres o el tutor que solicita la exención de este requisito

Solcito que mi niño o niña sea exceptuado del requisito de la evaluación de salud oral, por el siguiente motivo: (Por favor marcar el casillero que describe la razón.)

- No me es posible encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo o hija .
 Mi hijo o hija está cubierto por el siguiente plan de seguro de salud:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno
 Otro _____

No puedo afrontar económicamente la evaluación de salud oral para mi hijo o hija.

No deseo que mi hijo o hija reciba una evaluación de su salud oral.

Opcional: Otro motivo por el cual mi hijo o hija no puede recibir la evaluación de salud oral: _____

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información sobre la salud del estudiante. La identidad de su niño o niña no se asociará con ningún informe que se produzca como resultado de este requisito. Si tiene alguna pregunta por favor ponerse en contacto con la oficina de su escuela.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha