

Requisito de evaluación/extención de salud dental

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo/a tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los exámenes dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo/a al chequeo dental, podrá obtener una extensión para este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

Sección 1: Información del Alumno (Debe ser completada por el padre o tutor)

Nombre del Alumno:	Apellido:	Inicial:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Apt:
Ciudad			Zona Postal:
Nombre de Escuela:	Maestro/a:	Grado:	Género del Alumno/a <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del Padre/Tutor:	Etnicidad: ¿Es el estudiante Hispano o Latino? (<i>Seleccione únicamente uno</i>) <input type="checkbox"/> Sí, Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No, no Hispano o Latino Raza: La parte anterior de la pregunta es acerca de etnicidad, no de raza. Por favor continúe respondiendo lo siguiente marcando una o más de una caja para indicar la raza. (<i>Seleccione una o más de una</i>): <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano o Negro <input type="checkbox"/> Camboiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guaminian <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otro Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco		

Sección 2: Datos de Salud Oral (Información de Salud Dental – a ser completado por el profesional dental)

Fecha de examen:	Caries visibles y/o actuales dientes/muelas tapadas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caries visibles actuales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Urgencia: <input type="checkbox"/> No se encontró problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda cuidado dental ahora <input type="checkbox"/> Se necesita cuidado urgente
_____ Firma del profesional de salud dental		_____ Numero de Licencia del Dentista	_____ Fecha

Sección 3: Extensión del Requisito de Evaluación de Salud Dental (Debe ser completado por el padre o tutor solicitando que se le permita un permiso de este requisito)

Yo solicito que se le permita a mi hijo/a un permiso para que no tenga el examen dental debido a la siguiente razón: (Favor de marcar el espacio que mejor describa la razón)

- Yo no puedo encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo/a.
 Mi hijo/a tiene el siguiente plan de seguro:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ningún
 Otro _____
- No quiero que mi hijo/a reciba un examen dental.
- No puedo pagar por el examen dental de mi hijo/a.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo/a no pudo obtener un examen dental:

Si solicita pedir permiso para no cumplir con este requisito:► _____

Firma del padre o tutor

Fecha

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo/a no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor contacte a la oficina de su escuela.