



10515 S. Pioneer Blvd., Santa Fe Springs, CA 90670 (562) 868-8241

### Exención del requisito de evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten)

Llene este formulario si necesita que se exente a su hijo del requisito de la evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten). Firme y devuelva este formulario a la escuela, donde se mantendrá confidencial.

#### Sección 1: Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Nombre del menor:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:		Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – AAAA	
Dirección:							Depto.:
Ciudad:				Código postal:			
Nombre de la escuela:		Maestro:	Grado:	Año en el que el menor empieza el jardín de niños:   A   A   A   A			
Nombre del padre/madre/tutor:		Apellido del padre/madre/tutor:		Sexo del menor: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino			
Raza/origen étnico del menor:		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido			

Continúa en la siguiente página

**Sección 2: Debe ser completada por el padre, la madre o el tutor SOLO SI se está solicitando la exención de cumplir este requisito.**

Solicito que se exente a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que describa mejor la razón):	
<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.
<input type="checkbox"/>	No dispongo de tiempo para acudir a un dentista (por ejemplo, no puede faltar al trabajo, el horario del consultorio del dentista no le resulta práctico).
<input type="checkbox"/>	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique la razón no mencionada arriba por la cual solicita que se exente a su hijo de presentar esta evaluación):  _____  _____
<b>Si solicita que se le exente de cumplir este requisito:</b>	
<input type="checkbox"/> _____ <b>Firma del padre, madre o tutor</b>	MM – DD – AAAA _____ <b>Fecha</b>

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela.

**Devuelva este formulario a la escuela *antes del 31* de mayo del primer año escolar de su hijo.**

***El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.***