

**Formulario para la Evaluación de Higiene Dental y Pedido de Exención**

La ley de California, Sección 49452.8 del *Código de Educación*, ahora requiere que su hijo reciba una evaluación de higiene dental (examen dental) antes del 31 de mayo si él o ella está en kindergarten o en primer grado, el que corresponda al primer año que está cursando en una escuela pública. La ley especifica que debe ser un dentista u otro profesional con adecuada credencial el que realice esta evaluación o examen. Si su hijo ha recibido un examen dental dentro de los 12 meses con prioridad a su ingreso a la escuela, dicho examen es válido para cumplir con este requisito. Si no puede llevar a su hijo para este examen dental, se lo podrá eximir de este requisito si completa la sección 3 en esta planilla.

**Sección 1**

**Para ser completada por el padre o tutor**

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño:
Dirección:			Departamento número:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre del padre o tutor:			

**Sección 2**

**Información del examen dental**

**Para ser completada por el dentista o profesional de higiene dental**

Fecha de la evaluación:	<u>Caries notorias y empastes dentales:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Caries notorias:</u> <input type="checkbox"/> empastes dentales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia de tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontró ningún problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomendó comenzar pronto con cuidados dentales <input type="checkbox"/> Se necesita asistencia dental urgente
-------------------------	---	--	---

\_\_\_\_\_  
*Firma del dentista*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Sección 3**

**Exención al requisito de evaluación de higiene dental (examen dental)**

**Para ser completado por el padre o tutor que solicita que se lo exima de este requisito**

Solicito que se exima a mi hijo del requisito de una evaluación de higiene dental (examen dental) por la siguiente razón: (por favor marque a continuación la razón correspondiente)

- No he podido encontrar un dentista que acepte el seguro médico de mi hijo.  
Mi hijo está cubierto por el siguiente seguro médico:  
 Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_
- No me es posible pagar un examen dental para mi hijo.
- No quiero que mi hijo reciba una evaluación de higiene dental (examen dental)

Opcional: otras razones por las que mi hijo no podría recibir un examen dental:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La ley de California requiere que las escuelas mantengan confidencial la información de salud de los estudiantes. No se revelará la identidad de su hijo en ningún reporte que se produzca como resultado de este requisito. Si tiene alguna pregunta respecto a este requisito, por favor llame a la oficina de la escuela de su hijo.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Devolver este formulario antes del 31 de mayo**  
*El original se archivará en el expediente escolar de su hijo..*