



## Examen de Salud Oral/ Formulario de Petición de Exención

La ley de California, Código de Educación Sección 49452.8, ahora requiere que su niño(a) se haga un examen de salud oral a más tardar el 31 de mayo en kindergarten o primer grado, cualquiera que sea su primer año escolar en una escuela pública. La ley especifica que dicho examen lo debe realizar un dentista con licencia u otro profesional de salud dental con licencia o registrado. Los exámenes de salud oral realizados dentro de un período de 12 meses antes de que su niño(a) ingrese a la escuela también cumplen con este requisito. Si usted no puede llevar a su niño(a) para que le hagan dicho examen, usted podría quedar libre de este requisito si llena la Sección 3 de este formulario.

### Sección 1

**Esta parte la debe llenar el padre/madre o tutor**

Nombre del niño(a):	Apellido:	Inicial:	Fecha de nacimiento del niño(a):
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro(a):	Grado:	Género del niño(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de los padres/tutor:	Raza/grupo étnico del niño(a): <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 Nativo /Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Desconocido		

### Sección 2

#### Colección de Datos de la Salud Oral

**Esta parte la debe llenar el profesional dental que realizó el examen**

Fecha del examen:	<u>Caries visibles y/o rellenos presentes:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Caries visibles presentes:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontró un problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda un cuidado dental temprano <input type="checkbox"/> Necesita tratamiento urgente
-------------------	--	---	---

***Firma del profesional dental***

***Fecha***

**Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo**

*Mantenga el original en el archivo escolar del niño(a).*

### Sección 3

#### Exención del Requisito de Examen de Salud Oral

**Esta parte la debe llenar el padre/madre o tutor que solicita la exención de este requisito**

Solicito exención del requisito del examen de salud oral para mi niño(a) por las siguientes razones:  
(Favor de marcar el recuadro que mejor describe la razón.)

- No puedo encontrar una oficina dental que acepte el plan del seguro médico de mi niño(a).

Mi niño(a) tiene la cobertura del siguiente plan de seguro médico:

- Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families (Familias Sanas)     Healthy Kids (Niños Sanos)  
 Ninguno  
 Otro \_\_\_\_\_

- Yo no puedo pagar por un examen de salud oral para mi niño(a).

- Yo no quiero que le hagan un examen de salud oral a mi niño(a).

Opcional: otras razones por las cuales no se le puede hacer un examen de salud oral mi niño(a):

---

---

---

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad respecto a la salud de los estudiantes. La identidad de su niño(a) no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este requisito, favor de llamar a la oficina de su escuela.

---

***Firma del padre/madre o tutor***

***Fecha***

**Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo**

*Mantenga el original en el archivo escolar del niño(a).*