

Requerimiento de Salud Dental para Ingreso Escolar

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que tu hijo o hija tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se realizaron dentro del periodo de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puedes llevar a tu hijo o hija al chequeo dental, podrás obtener una excusa para este requerimiento llenando la Sección 3 de esta forma.

Sección 1

Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio (número):	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2

Información sobre Salud Dental

Deberá ser completado por el profesional en salud dental que realice la evaluación

Fecha de la evaluación:	<u>Caries visibles y/o amalgamas presentes:</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<u>Caries visibles presentes:</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental <input type="checkbox"/> Se necesita atención de emergencia
-------------------------	---	---	--

Firma del profesional de salud dental

fecha

Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo

El original será guardado en el registro escolar del menor.

Sección 3

Excusa de No Realización del Requerimiento de Salud Dental **Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser excusado** **de este requerimiento**

Solicito que mi hijo o hija sea excusado del requerimiento de Salud Dental para Ingreso Escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo o hija.
Mi hijo o hija está cubierto con el seguro: Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families
 Healthy Kids None Otro _____

No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo o hija.

No quiero que mi hijo o hija reciba un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no obtuvo un chequeo dental:

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

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo

El original será guardado en el registro escolar del menor.