

Exención del requisito de evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten) *Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment Requirement*

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

Please fill out this form if you need to excuse your child from the kindergarten oral health assessment requirement. Sign and return this form to the school where it will be kept confidential.

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

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Nombre del menor/ <i>Child's name:</i>		Apellido/ <i>Child's last name:</i>		Inicial del segundo nombre / <i>Middle initial:</i>	Fecha de nacimiento del menor/ <i>Date of birth:</i> MM – DD – AAAA
Dirección/ <i>Address:</i>					Depto. / <i>Apt:</i>
Ciudad/ <i>City:</i>				Código postal/ <i>Zip code:</i>	
Nombre de la escuela/ <i>Name of school:</i>	Maestro/ <i>Teacher:</i>	Grado/ <i>Grade:</i>	Año en el que el menor empieza el jardín de niños/ <i>Kindergarten year:</i>		
Nombre del padre/madre/tutor <i>Parent, guardian first name:</i>	Apellido del padre/madre/tutor <i>Parent, guardian last name:</i>		Género del menor: <input type="radio"/> Niño/ <i>Boy</i> <input type="radio"/> Niña/ <i>Girl</i> <input type="radio"/> No binario/ <i>Nonbinary</i>		
Raza/origen étnico del menor/ <i>Child's race/ethnicity:</i> <input type="radio"/> Blanco / <i>White</i> <input type="radio"/> Negro/Afroestadounidense / <i>Black/ African American</i> <input type="radio"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico / <i>Native Hawaiian/ Pacific Islander</i> <input type="radio"/> Indígena estadounidense/ <i>Native American</i> <input type="radio"/> Otro (especifique) / <i>Other (please specify):</i> <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> Asiático / <i>Asian</i> <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Desconocido/ <i>Unknown</i>					

Continúa en la siguiente página / Continued on the next page

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

Section 2: To be filled out by parent or guardian ONLY IF asking to be excused from this requirement

Solicito que se exente a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que describa mejor la razón)/ <i>Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):</i>	
<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 / <i>I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is:</i> <input type="checkbox"/> Plan de Salud de San Mateo/ Health Plan of San Mateo Dental <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Ninguno / <i>None</i> <input type="checkbox"/> Otro / <i>Other:</i> _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar la evaluación de mi hijo / <i>I cannot afford an assessment for my child.</i>
<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) / <i>I cannot find the time to get to a dentist (e.g., cannot get the time off from work, the dentist does not have convenient office hours).</i>
<input type="checkbox"/>	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos) / <i>I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).</i>
<input type="checkbox"/>	No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación / <i>I do not believe my child would benefit from an assessment.</i>
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique la razón no mencionada arriba por la cual solicita que se exente a su hijo de presentar esta evaluación / <i>Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child):</i> _____ _____
Si solicita que se le exente de cumplir este requisito/ <i>If asking to be excused from this requirement:</i>	
_____	MM – DD – AAAA
Firma del padre, madre o tutor / <i>Signature of parent or guardian</i>	Fecha / <i>Date</i>

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 a más tardar al final del primer año escolar de su hijo.

Return this form to the school no later than by the end of your child's first school year.

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

Original to be kept in child's school record.