

Formulario de Exención al Requisito de Salud Oral

ÚNICAMENTE el padre/madre de familia o tutor pueden llenar esta sección para solicitar una exención.

Solicito que mi hijo/a sea eximido del requisito de evaluación de salud oral por la siguiente razón:
(Por favor marque la casilla que mejor describe la razón.)

Razones del seguro:

☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo/a.

Mi hijo/a está cubierto por el siguiente plan de seguro:

☐ Healthy Kids

☐ Medi-Cal/Dental-Cal

☐ Covered California

☐ Ninguno

☐ otro: _____

Razones monetarias:

☐ No puedo pagar una evaluación para mi hijo.

Razones personales:

☐ No puedo encontrar el tiempo para ir a un dentista (por ejemplo, no puedo obtener tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene horarios convenientes de oficina) o no puedo llegar a un dentista fácilmente (por ejemplo, no tengo transporte, ubicación demasiado lejos).

☐ No creo que le sea conveniente una evaluación a mi hijo/a.

☐ Otro (favor de especificar la razón no mencionada anteriormente como motivo para solicitar la exención de esta evaluación para su hijo/a):

Firma del Padre de Familia

Nombre con letra de molde

Fecha

La ley establece que las escuelas deben proteger la privacidad de la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo/a no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo/a. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a su escuela.

ENTREGUE ESTE FORMULARIO EN LA ESCUELA A MÁS TARDAR EL 31 DE MAYO

El formulario original se archivará en el registro escolar del estudiante