

Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment Requirement

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

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

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
City:		ZIP code: 	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: Y Y Y Y
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:	Child's Gender: Male Female	
Child's Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other (please specify)		

Continued on Next Page



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

Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):	
<input type="checkbox"/>	I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/>	I cannot afford an assessment for my child.
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
<input type="checkbox"/>	I do not believe my child would benefit from an assessment.
<input type="checkbox"/>	Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child): _____ _____
If asking to be excused from this requirement:	
<input type="checkbox"/> _____ Signature of parent or guardian	MM – DD – YYYY _____ Date

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31 of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Exención del Requisito de Evaluación de Salud Bucal de Kínder (Kindergarten)

Favor complete este formulario si necesita excusar a su niño(a) del requisito de evaluación de salud bucal. Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

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

Nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – YYYY
Dirección:			Apt.:
Ciudad:		Código postal:	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en el que el menor empieza el kínder: Y Y Y Y
Nombre del padre, madre, tutor:	Apellido del padre, madre, tutor:	Género del menor: Masc. Fem.	
Raza/origen étnico del menor:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		

Continúa en la Próxima Página



Sección 2: Para ser completado por el padre, madre o tutor, SOLO SI solicita ser excusado de este requisito.

Por favor, excuse a mi niño(a) de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa la razón):	
<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 niño(a) es: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar una evaluación para mi niño(a).
<input type="checkbox"/>	No puedo encontrar el tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo tener el tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene un horario de oficina conveniente).
<input type="checkbox"/>	No puedo llegar fácilmente a un dentista (por ejemplo, no tengo transporte, estoy demasiado lejos).
<input type="checkbox"/>	No creo que mi niño(a) se beneficie de una evaluación.
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique la razón no mencionada anteriormente por la que está solicitando una exención de esta evaluación para el menor): _____ _____
Si está solicitando que se le exonere de este requisito:	
<input type="checkbox"/>	MM – DD – YYYY
Firma del padre, madre o tutor	Fecha

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 no mas tarde del 31 de Mayo del primer año escolar de su hijo.

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