

Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Notification Letter

Dear Parent or Guardian:

Having a healthy mouth helps your child do well in school. To make sure your child is ready for school, California law Education Code Section 49452.8 requires all **public school students in either Transitional Kindergarten (TK) or Kindergarten** to have an oral health screening, called the Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA). The required KOHA form is attached to this letter. It must be completed by a licensed dentist or dental professional. *If your child is in first grade and did not attend public school in TK or Kindergarten, they also need to complete the assessment.*

The KOHA only needs to be completed once. It should be turned into your child's school as early as possible in the school year. It can be completed at your child's dental office. Or, many schools in San Mateo County offer the KOHA screening free at the school. Your child's school will notify you if the KOHA will be offered at the school.

If you cannot take your child to a dentist, or they missed the free KOHA screening if offered at their school, please visit our webpage here for help in finding a dentist:
<https://www.smchealth.org/accessing-oral-health-care>.

Or, you may complete the separate **Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment Requirement form (attached to this letter)**, and return it to your child's school. You can get copies of all these forms from your child's school.

Your child's identity will not be in any report. Schools keep students' health information private.

If your child does not have health or dental insurance:

Contact San Mateo County's **Health Coverage Unit** by calling toll free:
1-800-223-8383.

Local number: **650-616-2002**.

Email: info-hcu@mscgov.org.

Visit the website: <http://www.smchealth.org/health-insurance>.



To find a dental provider accepting Health Plan of San Mateo Dental (HPSM Dental):

Call the **Health Plan of San Mateo's Dental Line**: 650-616-1522

Email: Dental@hpsm.org.

Visit HPSM Dental's webpage: <https://www.hpsm.org/member/hpsm-dental>



To find a dental provider accepting Kaiser Foundation Health Plan:

Call the Medi-Cal Dental Customer Service Center: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922).

Visit the Medi-Cal Dental (Smile, California) webpage:

<https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/>



For additional oral health information and resources:

Visit the Oral Public Health Program website: <http://www.smchealth.org/oral-health>.

We want your child to be healthy and ready for school! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Baby teeth are very important, even though they fall out. Children need healthy baby teeth to eat, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have pain, difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school.
- Take your child to the dentist **every six months, starting when their first baby tooth comes in**. Dental check-ups can help keep your child's mouth healthy and free of pain, and are covered by dental insurance plans.
- Choose healthy foods and drinks for the entire family, like fresh fruits and vegetables, water and milk.
- Help your child brush their teeth at least 2 times a day with toothpaste that contains fluoride for 2 minutes, and floss daily.
- Limit candy and sweet drinks like punch, juice or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and leaves less room for your child to have healthy foods and drinks. Sweet drinks and candy can also cause weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes
- **Fluoride** is an important mineral that your child needs because it makes their teeth stronger and protects them from cavities. It is found in safe amounts in our drinking water and in toothpaste. Your dentist may recommend your child also receive **fluoride treatments, like "fluoride varnish."** Fluoride varnish is painless and painted on their teeth. If your family drinks mostly bottled water, your child may not be getting enough fluoride from water to protect their teeth. **Fluoride treatments are free services covered by HPSM Dental every 6 months, or more frequently if your child has a higher risk of tooth decay.**
- **"Sealants"** are painless, clear coatings ("seals") put on your child's permanent back teeth (molars). They are recommended for all children because they protect teeth from harmful bacteria and cavities, and they last for several years. **Sealants are covered by insurance for kids.**

If you have questions about the oral health assessment requirement, please contact your child's school.

Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Form: San Mateo County

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child enrolled in kindergarten in a public school, and any child enrolled in first grade *who did not attend public school the previous year*, must have a dental check-up (assessment). Transitional kindergartners can also complete the assessment. It should be turned in at the beginning of the school year. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out **Sections 2 and 3** of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Sections 2 and 3. To find a dental provider in San Mateo County, visit: www.smchealth.org/accessing-oral-health-care. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy, and ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, and poorer social relationships. Thank you for supporting the health and well-being of California's children.

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

Child's First and Last Name: _____ Middle Initial: _____

Child's Birth Date: _____

Address (include Apt. if applicable): _____

City: _____ Zip Code: _____

School Name: _____

Teacher Name: _____ Grade: _____

Year child starts kindergarten: _____

Parent/Guardian First and Last Name: _____

Child's Gender: ☐ Boy ☐ Girl ☐ Nonbinary

Child's Race/ Ethnicity: ☐ Asian ☐ Black / African American ☐ Hispanic/ Latino ☐ Multi-racial
☐ Native American ☐ Native Hawaiian/ Pacific Islander ☐ White ☐ Unknown
☐ Other (please specify): _____

Dental Home Information:

What is your child's dental insurance?

☐ Health Plan of San Mateo Dental (HPSM Dental) ☐ Kaiser Foundation Health Plan (Kaiser)
☐ Other: _____
☐ None

How many times a year does your child visit the dentist? ☐ Once ☐ Twice ☐ More than twice

Has your child visited the **same** dentist at least once a year for the past two years in a row? ☐ Yes ☐ No

Dental clinic name: _____ Dental clinic city: _____

Dentist name: _____ Dentist phone number: _____

Student name: _____ Grade: _____

Section 2: Oral Health Screening Assessment

Filled out by a California licensed dental professional. IMPORTANT NOTE FOR DENTAL PROVIDER: Caries experience is both past treatment (e.g., fillings, crowns) **and/or** untreated decay at the present time (e.g., untreated cavities). Every child with untreated decay automatically also has caries experience for the purposes of this assessment.

Assessment date: _____

Assessment Location: (e.g. school, dental clinic, community event): _____

Untreated decay (Visible decay, untreated cavities):

☐ Yes (If "Yes," caries experience below is automatically also "Yes") ☐ No

Caries Experience (Untreated decay and/or past treatment, e.g. fillings, crowns):

☐ Yes ☐ No

Treatment Urgency (check **only one** of the 3 options provided below).

*If "Urgent care needed" is checked, complete Section 3 below. **Do not** complete Section 3 if "No obvious problem found" or "Early dental care recommended" is checked.

- ☐ 1. No obvious problem found
- ☐ 2. Early dental care recommended (Check all that apply).
- ☐ Caries without pain or infection
- ☐ Child would benefit from sealants
- ☐ Child would benefit from further evaluation
- ☐ 3. Urgent care needed* (Check all that apply. Then complete as much of Section 3 below as possible).
- ☐ Pain
- ☐ Infection
- ☐ Swelling
- ☐ Soft tissue lesions

***Section 3: Follow up only for children with "Urgent care needed" marked under "Treatment Urgency" above.** (Dental provider fills out as much as known and signs. School staff/ other individual responsible for additional follow-up fills out rest of Section 3).

Parent/caregiver notified child has urgent dental care needs on (date): _____

Follow-up appointment for child with urgent dental care needs scheduled for (date): _____

Child with urgent dental care needs received needed treatment (Check **only one** of the options below).

If "No" or "I Don't Know," the individual responsible for follow-up is encouraged to contact the parent/caregiver to assist in getting the child to care, and to confirm the child received needed treatment.

- ☐ Yes
- ☐ No*
- ☐ I Don't Know*

Licensed dental professional signature

CA License Number

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 form to the school no later than by the end of your child's first school year. Original to be kept in child's school record.**

Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Requirement

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.

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: YYYY
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:	Child's Gender: ☐ Boy ☐ Girl ☐ Nonbinary	
Child's Race/Ethnicity: ☐ Asian ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Multi-racial ☐ Native American ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White ☐ Unknown ☐ Other (please specify):			

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):

☐	I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: ☐ Health Plan of San Mateo Dental ☐ Kaiser Foundation Health Plan (Kaiser) ☐ None ☐ Other:
☐	I cannot afford an assessment for my child.
☐	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 cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
☐	I do not believe my child would benefit from an assessment.
☐	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:

* _____ MM - DD - YYYY
Signature of parent or guardian **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 by the end of your child's first school year.**
Original to be kept in child's school record.

Carta de notificación sobre la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)

Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Notification Letter

Estimado padre, madre o tutor:

Tener una boca sana ayuda a que su hijo tenga un buen desempeño en la escuela. Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, la sección 49452.8 del Código de Educación de la ley de California exige que a todos **los estudiantes de escuelas públicas que estén en el kínder de transición (Transitional Kindergarten, TK) o en el kínder** se les realice una evaluación de salud bucal llamada Evaluación de Salud Bucal (Kindergarten Oral Health Assessment, KOHA). El formulario necesario para la KOHA se adjunta a esta carta. Un dentista con licencia o un profesional dental debe llenar este formulario. *Si su hijo está en primer año y no asistió a una escuela pública en TK o en el kínder, también debe hacerse la evaluación.*

La KOHA solo debe hacerse una vez. El formulario debe entregarse en la escuela de su hijo lo antes posible durante el año escolar. Puede llenarse en el consultorio del dentista de su hijo. O bien, muchas escuelas en el condado de San Mateo ofrecen la KOHA en la escuela sin costo. La escuela de su hijo le informará si ofrecerán la KOHA.

Si no puede llevar a su hijo al dentista, o si su hijo no pudo acudir a la KOHA sin costo que se ofrece en su escuela, visite nuestra página web aquí para obtener ayuda para encontrar un dentista: <https://www.smchealth.org/accessing-oral-health-care>.

O bien, puede llenar el formulario independiente **Exención del Requisito de Evaluación de Salud Bucal en el Kínder (adjunto a esta carta)** y entregarlo en la escuela de su hijo. Puede obtener copias de todos estos formularios en la escuela de su hijo.

La identidad de su hijo no aparecerá en ningún informe. Las escuelas mantienen la privacidad de la información de salud de los estudiantes.

Si su hijo no tiene seguro médico o dental:

Comuníquese con la **Unidad de Cobertura de Salud** del condado de San Mateo llamando al número gratuito: **1-800-223-8383**.

Número local: **650-616-2002**.

Correo electrónico: info-hcu@mscgov.org.

Visite el sitio web: <http://www.smchealth.org/health-insurance>.



Para encontrar un proveedor dental que acepte el Plan de Salud de San Mateo Dental (Health Plan of San Mateo, HPSM)

Llame a la **Línea Dental del Plan de Salud de San Mateo**: 650-616-1522.

Correo electrónico: Dental@hpsm.org.

Visite la página web del HPSM Dental: <https://www.hpsm.org/member/hpsm-dental>



Para encontrar un proveedor dental que acepte el Kaiser Foundation Health Plan:

Llame al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Dental:
1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922).

Visite la página web de Medi-Cal Dental (Smile, California):
<https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/>.



Para obtener información y recursos adicionales sobre la salud bucal:

Visite el sitio web del Programa de Salud Pública Bucal: <http://www.smchealth.org/oral-health>.

¡Queremos que su hijo esté sano y listo para la escuela! Estos son algunos consejos importantes para ayudar a su hijo a mantenerse sano:

- Los dientes de leche son muy importantes, aunque se caigan. Los niños necesitan unos dientes de leche sanos para comer, hablar, sonreír y sentirse bien con ellos mismos. Los niños con caries pueden tener dolor, dificultad para comer, dejar de sonreír y tener problemas para poner atención y aprender en la escuela.
- Lleve a su hijo al dentista **cada seis meses, a partir de la aparición de su primer diente de leche**. Los chequeos dentales pueden ayudar a mantener la boca de su hijo saludable y sin dolor, y son gratuitos (están cubiertos) gracias a los planes de seguro dental.
- Elija alimentos y bebidas saludables para toda la familia, como frutas y vegetales frescos, agua y leche.
- Ayude a su hijo a cepillarse los dientes al menos 2 veces al día con una pasta dental que contenga flúor durante 2 minutos y use hilo dental todos los días.
- Limite el consumo de golosinas y bebidas dulces, como jugos o refrescos. Las bebidas dulces y las golosinas contienen mucha azúcar, lo que causa caries y reducirá las probabilidades de que su hijo consuma alimentos y bebidas saludables. Las bebidas dulces y las golosinas también pueden causar problemas de peso, lo que puede causar otras enfermedades, como la diabetes.
- **El fluoruro** es un mineral importante que su hijo necesita ya que hace que los dientes sean más fuertes y los protege de las caries. Este se encuentra en cantidades seguras en el agua potable y la pasta de dientes. Su dentista puede recomendar que su hijo también reciba **tratamientos de fluoruro, como “barniz de fluoruro”**. El barniz de fluoruro no causa dolor y se aplica en los dientes. Si su familia bebe agua embotellada principalmente, es posible que su hijo no esté recibiendo el suficiente fluoruro del agua para proteger sus dientes. **Los tratamientos con fluoruro son servicios gratuitos cubiertos por Health Plan of San Mateo (HPSM) Dental cada 6 meses, o con una frecuencia mayor si su hijo tiene mayor riesgo de tener caries.**
- **Los “selladores”** son cubiertas (“sellos”) transparentes y que no causan dolor, que se colocan en los dientes traseros permanentes de su hijo (molares). Se recomiendan para todos los niños porque protegen los dientes de bacterias perjudiciales y caries, y duran varios años. **Los selladores están cubiertos por el seguro para niños.**

Si tiene preguntas sobre el requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con la escuela de su hijo. ¡Gracias!

Formulario de la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten): Condado de San Mateo

Kindergarten Oral Health Assessment Form: San Mateo County

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece **que todos los alumnos del kínder (Kindergarten) inscritos en una escuela pública y cualquier niño inscrito en primer grado que no haya asistido a la escuela pública el año anterior, deberán realizarse un chequeo dental (evaluación)**. Los estudiantes del kínder de transición (TK) también pueden completar la evaluación. El formulario debe entregarse en la escuela de su hijo lo antes posible durante el año escolar. Un profesional dental autorizado de California debe realizar la evaluación y completar las secciones 2 y 3 de este formulario. Si su hijo tuvo una evaluación dental en los últimos 12 meses, pida a su dentista que complete la sección 2 y la sección 3. Para encontrar un proveedor dental en el condado de San Mateo, visite: www.smchealth.org/accessing-oral-health-care. Si no puede obtener una evaluación dental para su hijo, llene el formulario de exención del requisito de evaluación de salud bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se usará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con seguridad, expresarse, y estar sanos y listos para aprender. La mala salud bucal ha estado relacionada con un menor desempeño escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos que contribuya a la salud y el bienestar de los niños de California.

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 y Apellido del Menor (*Child's First and Last Name*): _____

Inicial del segundo nombre: (*Middle Initial*): _____

Fecha de nacimiento del menor (*Child's Birth Date*): _____

Nombre y Apellido del padre, madre, tutor (*Parent/Guardian First and Last Name*): _____

Dirección del menor (*Child's Address*): _____

Ciudad (*City*): _____ **Código postal** (*Zip Code*): _____

Género del menor (*Child's Gender*): ☐ Niño (*Boy*) ☐ Niña (*Girl*) ☐ No binario (*Nonbinary*)

Raza/origen étnico del menor (*Child's Race/ Ethnicity*): ☐ Asiático (*Asian*) ☐ Blanco (*White*) ☐ Hispano/Latino (*Hispanic/Latino*)

☐ Indígena estadounidense (*Native American*) ☐ Multirracial (*Multi-racial*) ☐ Negro/Afroestadounidense (*Black / African American*)

☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico (*Native Hawaiian / Pacific Islander*)

☐ Desconocido (*Unknown*) ☐ Otro (especifique) *Other (please specify)*: _____

Nombre de la escuela (*School Name*): _____

Nombre del maestro (*Teacher Name*): _____ **Grado** (*Grade*): _____

Año en el que el menor empieza el kínder (*Year child starts kindergarten*): _____

Información del hogar dental (*Dental Home Information*):

¿Cuál es el seguro dental de su hijo? (*What is your child's dental insurance?*)

☐ Plan de Salud Dental de San Mateo (*HPSM Dental*) ☐ Plan de Salud de la Fundación Kaiser (*Kaiser Foundation Health Plan*)

☐ Otro (*Other*): _____ ☐ Ninguno (*None*)

¿Cuántas veces al año visita su hijo al dentista? (*How many times a year does your child visit the dentist?*)

☐ Una vez (*Once*) ☐ Dos veces (*Twice*) ☐ Mas de dos veces (*More than twice*)

¿Ha visitado su hijo al mismo dentista al menos una vez al año durante los últimos dos años seguidos? (*Has your child visited the same dentist at least once a year for the past two years in a row?*) ☐ Sí (*Yes*) ☐ No

Nombre de la clínica dental (*Dental clinic name*): _____

Ciudad de la clínica dental (*Dental clinic city*): _____

Nombre del dentista (*Dentist name*): _____

Número de teléfono del dentista (*Dentist phone number*): _____

Nombre del menor (Child's name): _____

Grado (Grade): _____

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (debe ser completada por un profesional dental autorizado de California)

*Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional). **IMPORTANT NOTE FOR DENTAL PROVIDERS:** Caries experience is both past treatment (e.g., fillings, crowns) **and/or** untreated decay at the present time (e.g., untreated cavities). Every child with untreated decay automatically also has caries experience for the purposes of this assessment.*

Fecha de la evaluación (Assessment date): _____

Ubicación de evaluación (Assessment location, e.g. school, dental clinic, community event): _____

Caries sin tratar (deterioro visible presente) (Untreated decay: Visible decay, untreated cavities):

☐ Sí (Yes- if "Yes," caries experience below is automatically also "Yes") ☐ No

Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes) (Caries Experience: Untreated decay and/or past treatment, e.g. fillings, crowns):

☐ Sí (Yes) ☐ No

Urgencia del tratamiento (Treatment Urgency: check **only one** of the 3 options provided. *If "Urgent care needed" is checked, complete Section 3 below. **Do not** complete Section 3 if "No obvious problem found" or "Early dental care recommended" is checked).

- ☐ **1. No se encontró ningún problema obvio** (No obvious problem found)
- ☐ **2. Se recomienda atención dental temprana** (Early dental care recommended. Check all that apply):
- ☐ Caries sin dolor ni infección (Caries without pain or infection)
 - ☐ Al niño le beneficiaría el uso de selladores (Child would benefit from sealants)
 - ☐ Al niño le beneficiaría una evaluación adicional (Child would benefit from further evaluation)
- ☐ **3. Atención de urgencia necesaria*** (*Urgent care needed. Check all that apply. Then complete as much of Section 3 below as possible.)
- ☐ Dolor (Pain)
 - ☐ Infección (Infection)
 - ☐ Hinchazón (Swelling)
 - ☐ Lesiones en el tejido suave (Soft tissue lesions)

***Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia- Solo para los niños con "Atención de urgencia necesaria" marcado en "Urgencia del tratamiento" arriba.** (*Section 3: Follow up **only** for children with "Urgent care needed" marked under "Treatment Urgency" above. Dental provider fills out as much as known and signs. School staff/ other individual responsible for additional follow-up fills out rest of Section 3).

Se notificó a los padres que el menor tiene necesidades urgentes de atención dental el (fecha): _____
(Parent/caregiver notified child has urgent dental care needs on (date))

Se programó una cita de seguimiento para este menor para el (fecha): _____
(Follow-up appointment for child with urgent dental care needs scheduled for (date))

El menor recibió el tratamiento necesario: (Child with urgent dental care needs received needed treatment. Check **only one** of the options below. *If "No" or "I Don't Know," the individual responsible for follow-up is encouraged to contact the parent/caregiver to assist in getting the child to care, and to confirm the child received needed treatment):*

- ☐ Sí (Yes)
- ☐ No*
- ☐ No lo sé* (I Don't Know)

Firma de profesional dental autorizado
Licensed dental professional signature

Número de licencia de CA
CA License Number

Fecha
Date

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 **antes del fin** del primer año escolar de su hijo. **El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.**

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 form to the school no later than by the end of your child's first school year. Original to be kept in child's school record.**

Exención del requisito de evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)
Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) 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 kínder: / <i>Kindergarten year:</i> A A A A
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: / <i>Child's gender:</i> ☐ Niño/ Boy ☐ Niña/ Girl ☐ No binario/ Nonbinary	
Raza/origen étnico del menor: / <i>Child's race/ethnicity:</i> ☐ Asiático / Asian ☐ Negro/Afroestadounidense / Black/ African American ☐ Blanco / White ☐ Desconocido / Unknown ☐ Hispano/Latino / Hispanic/ Latino ☐ Otro (especifique) / Other (please specify): ☐ Indígena estadounidense / Native American ☐ Multirracial / Multi-racial ☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico / Native Hawaiian/ Pacific Islander			

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

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

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 by the end of your child's first school year. Original to be kept in child's school record.**