

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

Solicito que se exente a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que describa mejor 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 hijo 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 la evaluación de mi hijo. |
| <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). |
| <input type="checkbox"/> | No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos). |
| <input type="checkbox"/> | No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación. |
| <input type="checkbox"/> | Otro (especifique la razón no mencionada arriba por la cual solicita que se exente a su hijo de presentar esta evaluación): _____ _____ |

Si solicita que se le exente de cumplir este requisito:

* _____ MM – DD – AAAA
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 antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

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