



**EL RANCHO UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**9333 Loch Lomond Drive**  
**Pico Rivera, CA 90660**  
**Oral Health Assessment/Waiver Request Form**

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment by May 31 of the school year in kindergarten or first grade, whichever is his or her first year of public school. The law specifies that the assessment must be performed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. Oral health assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. If you cannot take your child for this assessment, you may be excused from this requirement by filling out Section 3 of this form.

*La Sección 49452.8 del Código de Educación de la ley de California ahora requiere que su hijo o hija tenga un examen dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los exámenes dentales que se realizaron dentro del periodo de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo o hija al examen dental, usted puede llenar la Sección 3 de esta forma para obtener excusa de este requerimiento.*

**Section 1/Sección 1**

**To be completed by the parent or guardian/Ser completado por el padre o tutor**

<b>Student Last Name/APELLIDO del estudiante</b>	<b>First Name/Nombre</b>	<b>Middle Name/Segundo Nombre</b>	<b>DOB/Fecha de nacimiento</b>
<b>Address/Domicilio</b>		<b>Child's Gender/Sexo del Niño:</b>	<b>HomePhone/Teléfono de la casa</b>
<b>School/Escuela</b>	<b>Teacher/Maestro/a</b>	<b>Grade/Grado Room/Salón</b>	<b>Cell Phone/ Teléfono de celular</b>
<b>Parents Name/Padres Nombre</b>	<b>Child's race/ethnicity/Raza e origen étnico del niño:</b> <input type="checkbox"/> White/Caucásico <input type="checkbox"/> Black/African American/Negro/Africano <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino/Hispano Latino <input type="checkbox"/> Asian/ Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/ Indio Americano <input type="checkbox"/> Alaska Native/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander/Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Unknown/No se		

**Section 2**

**Oral Health Data Collection**

**To be completed by the dental professional conducting the assessment –Ser completado por el profesional dental**

<b>Assessment Date:</b>	<b>Visible cavities and/or fillings present:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Visible cavities present:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Treatment Urgency:</b> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed
-------------------------	---	---	---

**Dental professional's signature**

**Date**

**Section 3/ Sección 3**

**Waiver of Oral Health Assessment Requirement/Renuncia de requerimiento de evaluación dental**

**To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement**

**Ser completado por un padre o tutor que solicita la dispensa de este requisito**

I request that my child be excused from the oral health assessment requirement for the following reason  
*Solicito que mi hijo sea excusado de la obligación de evaluación de la salud oral, por la siguiente razón:*

I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan/Soy incapaz de encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo.

My child is covered by the following insurance plan/Mi hijo está cubierto por el siguiente plan de seguro:

Medi-Cal/Denti-Cal    Healthy Families    Healthy Kids    None/Ninguno    Other/Otro \_\_\_\_\_

I cannot afford an oral health assessment for my child/Por razones financieras no puedo obtener una evaluación de salud oral para mi hijo.

I do not wish my child to receive an oral health assessment/No quiero que mi hijo reciba una evaluación de salud oral.

Optional: other reasons my child could not get an oral health assessment/Opcional: otras razones que mi hijo no pudo obtener una evaluación de salud oral:

**California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement. If you have any questions about this requirement, please contact your school office.**

*La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este requisito, por favor póngase en contacto con la oficina de la escuela.*

**Signature of parent or guardian**

**Date**

**Return this form to school by May 31<sup>st</sup>/Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo**

*Original to be retained in child's school record file/Original deberá conservarse en el archivo de registro escolar del niño*