



METRO CHARTER ELEMENTARY SCHOOL

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 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.

| SECTION 1: To be completed by the parent or guardian | | | |
|---|------------|---|--------------------------|
| Student's Last Name | First Name | Middle Initial | Birth Date (mo/day/year) |
| Address | | City | Zip |
| | | | Phone () |
| School Name | Teacher | Student's Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Parent/Guardian Name |
| Child's race/ethnicity: (Optional): <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other: | | | |

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.

➤ _____
Signature of parent or guardian *Date*

| SECTION 2: Oral Health Data Collection To be completed by the dental professional conducting the assessment | | | |
|--|--|--|---|
| Assessment Date: | <u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed |

➤ _____
Signature of Dental Professional *Date*

| SECTION 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement To be completed by a parent or guardian requesting to be excused from this requirement |
|--|
| I request that my child be excused from the oral health assessment requirement for the following reason: (Please check the box that best describes the reason.) |
| <input type="checkbox"/> I am unable to find a dental office that will take my child's insurance plan. My child is covered by the following insurance plan: <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Denti-Cal <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> I cannot afford an oral health assessment for my child. |
| <input type="checkbox"/> I do not wish my child to receive an oral health assessment. |
| Optional: Other reasons my child could not get an oral health assessment _____ |

RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL BY MAY 31
Original to be retained in student's school record



METRO CHARTER ELEMENTARY SCHOOL

Evaluación de la Salud Dental y Formulario para Solicitar una Exención

El Artículo 49452.8 del Código de Educación de la ley de California ahora dispone que su hijo de Kindergarten o de primer grado deberá ser sometido a una evaluación de salud dental para el 31 de mayo durante su primer año en la escuela pública. La ley especifica que la evaluación deberá ser realizada por un dentista titulado o por algún otro profesional registrado o con licencia para ejercer en el área de la salud dental. Los exámenes dentales que se han llevado a cabo durante los 12 meses antes de que su hijo entre a esta escuela también cubren este requisito. Si no puede llevar a su hijo(a) a que le hagan este examen, se le puede exentar de este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

| Sección 1: Deberá ser llenada por el padre, la madre o el tutor | | | |
|--|------------|---|--|
| Nombre del alumno | Apellido | Inicial (segundo nombre) | Fecha de nacimiento: (mes/día/año): |
| Domicilio | Ciudad | Zona Postal | Teléfono () |
| Nombre de la escuela | Maestro(a) | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Nombre del padre o tutor: |
| Raza o grupo étnico de el (la) niño(a): (Opcional) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indioamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

La ley de California dispone que las escuelas deban mantener confidencial la información de la salud de los estudiantes. La identidad de su hijo(a) no se relacionará con ningún informe que se elabore como resultado de este requisito. Si tiene preguntas en relación con esto, por favor comuníquese con la oficina de su escuela.

➤ _____
Firma del padre o tutor *Fecha*

| SECTION 2: Oral Health Data Collection | | | |
|---|--|--|---|
| To be completed by the dental professional conducting the assessment (Para ser llenado por el proveedor profesional de servicios dentales que realiza la evaluación) | | | |
| Assessment Date: | <u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed |

➤ _____
Signature of Dental Professional *Date*

| SECCIÓN 3: Exención del Requisito para la Evaluación de la Salud Dental | |
|--|--|
| Deberá ser llenado por el padre, la madre o el tutor que soliciten la exención de este requisito | |
| Solicito que a mi hijo(a) se le exente del requisito de la evaluación dental debido a la siguiente razón: (Por favor marque el cuadro que describa la razón) | |
| <input type="checkbox"/> No puedo encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a). Mi hijo(a) está cubierto(a) por el siguiente plan de seguro: <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Denti-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> No puedo pagar una evaluación de salud dental para mi hijo(a). | |
| <input type="checkbox"/> No deseo que a mi hijo(a) se le haga una evaluación de salud dental. | |
| Opcional: Otras razones por las cuales a mi hijo(a) no se le puede realizar una evaluación dental _____ | |

DEVUELVA ESTA FORMA A LA ESCUELA PARA EL 31 DE MAYO
El original se archivará en el expediente original del estudiante.