



621 E. Sixth Street, Holtville, CA 92250

www.holtville.k12.ca.us

(760) 356-2974 (760) 356-4936 (fax)

Forma De Renuncia De Prueba Salud Oral

Queridos Kindergarten o 1st Grado Padre o Tutores. Complete esta sección

Nombre del Niño:	Apellido:	Inicial:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	# de Apartamento	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Nombre de La Escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del Padre o Guardián:	Raza o Grupo Étnico del Niño: <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/ <input type="checkbox"/> Americano Indio <input type="checkbox"/> Pacifico Islandés		

La ley de California, la Sección de Código de Educación 49452,8, ahora requieren que su niño tenga una evaluación de salud oral para el 31 de mayo en jardín de la infancia o primero grado, el que es su primer año de la escuela pública. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un dentista licenciado u otro profesional de la medicina licenciado o registrado dental. Las evaluaciones orales de la salud que han sucedido dentro de los 12 meses antes su niño entra la escuela encuentra también este requisito. Si usted no quiere que su niño tenga esta evaluación gratis, usted puede ser excusado de este requisito llenando la Forma de Renuncia para la evaluación oral. La ley de California requiere las escuelas a mantengan en privacidad la información del estudiante La identidad del niño no será asociada con cualquier informe producido a consecuencia de este requisito. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este requisito, contacte por favor a la oficina de la escuela.

La ley de California requiere las escuelas a mantengan en privacidad la información del estudiante La identidad del niño no será asociada con cualquier informe producido a consecuencia de este requisito. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este requisito, contacte por favor a la oficina de la escuela.

Yo requiero que mi hijo/a se excusado de la Evaluación de Salud Oral por la siguiente razón:(Escoja la que mejor razón)

No puedo encontrar una oficina dental que tome la a seguridad de mi niño/a.

Mí hijo/a esta cubierto por el siguiente plan de a seguridad:

Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguna
 Otras _____

Yo no puedo pagar examen oral para mi hijo/a.

Yo no quiero que mi hijo/a reciba una evaluación oral de la salud.

Opcional: Otras razones mi hijo/a no pueda tener la evaluación oral de la salud:

Firma del Padres/Tutores

Fecha

Board of Trustees

Matt Hester Robin Cartee Ben Abatti, Jr. Jared Garewal Kevin Grizzle

This institution is an equal opportunity provider and employer