Turlock Unified School District

PLEASE RETURN OR FAX TO THE SCHOOL HEALTH OFFICE

Dental Health Assessment/Waiver Request Form

California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have a dental health examination by May 31st in **transitional kindergarten, kindergarten or first grade, whichever is his/her first year of public school**. The law specifies that the examination must be performed by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional. Dental health examinations within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. If you cannot take your child for this exam, 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 Name: _____ Date of Birth: _____
Last Name *First Name* *Middle Initial*

Address: _____
Street *City* *State* *ZIP Code*

Parent/Guardian Name: _____

Student's Race: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ American Indian ☐ Alaska Native ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Multi-Racial ☐ Unknown

Section 2. Oral Health Data Collection *(To be completed by the **dental professional** conducting the assessment)*

Assessment Date: _____

Visible fillings: ☐ Yes ☐ No Visible caries present: ☐ Yes ☐ No

Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended ☐ Urgent care needed

_____ _____
Dental professional's signature ***Date***

Section 3. Waiver of Dental 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 dental health examination requirement for the following reason: (Please check ☒ the box that best describes the reason.)

☐ 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: ○ Medi-Cal/Denti-Cal ○ Healthy Families ○ Healthy Kids ○ None ○ Other _____

☐ I cannot afford a dental health examination for my child.

☐ I do not wish my child to receive a dental health examination.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Return this form to the school by May 29, 2020
(Original to be retained in the student's school file)

Turlock Unified School District

PLEASE RETURN OR FAX TO THE SCHOOL HEALTH OFFICE

Requisito de Evaluación/Exención de Salud Dental

La ley de California, Código de Educación Sección 49452, ahora requiere que su hijo tenga un examen de salud dental antes del 31 de mayo de **grados kínder transicional, kínder o primer grado, cualquiera que sea su primer año de escuela pública.** La ley especifica que el examen debe ser realizado por un dentista con licencia u otro profesional de salud dental registrado con licencia. Exámenes de salud dental que han ocurrido dentro de los 12 meses antes de que su hijo entre a la escuela también cumplen con este requisito. Si no puede llevar a su hijo para este examen, usted puede estar dispensado de este requisito si llena la Sección 3 de este formulario.

Sección 1. (Debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido *Primer Nombre* *Inicial del segundo nombre*

Domicilio: _____
Calle *Ciudad* *Código Postal*

Nombre del Padre(s)/Tutor: _____

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro/Afro-americano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio Nativo Americano
☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai o de islas en el Pacifico ☐ Multi Racial ☐ Desconocido

Section 2. Oral Health Data Collection (To be completed by the dental professional conducting the assessment)
(Información de Salud Dental debe ser completado por el profesional dental)

Assessment Date *(fecha de evaluación)*: _____

Visible fillings *(empastes presente)*: ☐ Yes *(si)* ☐ No *(no)* Visible caries present *(caries presente)*: ☐ Yes ☐ No

Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended ☐ Urgent care needed
(Urgencia de tratamiento) *(Ningún problema obvio)* *(Se recomienda atención dental)* *(Se necesita atención urgente)*

_____ _____
Dental Professional Signature ***Date***

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental (Debe ser completada por el padre(s) o tutor que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito.

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito del examen de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón. *(Favor de marcar el cuadro que describe la mejor razón.)*

☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.
Mi hijo esta cubierto con el seguro de: ☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Ninguno
☐ Otro _____

☐ No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo.

☐ No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

Firma del Padre(s) o Tutor: _____ Fecha: _____

Regrese este formulario a la escuela antes del 29 de mayo 2020.
(El original será guardado en el archivo del estudiante)