

Formulario de certificación de examen dental

La ley ahora requiere que a un niño de **7 años de edad o más joven** se le haga un examen dental antes de ingresar a la escuela por primera vez. (HB 2972 (2015))

SI SU HIJO YA HA RECIBIDO UN EXAMEN DENTAL

Padre o tutor:

- Si usted sabe que a su niño se le hizo ya examen dental, marque la casilla de abajo, rellene esta sección y firmela por favor.
- Si usted no sabe si a su hijo se le hizo un examen dental, por favor haga que un proveedor dental rellene esta sección y que la firme.
- Por favor, devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Mi hijo(a) _____ **ha recibido** un examen dental.
(Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Padre o tutor o proveedor dental

Escriba el nombre: ✍ _____

Firma ✍ _____ Fecha ✍ _____

PARA QUE SE LE EXCLUYA DEL REQUISITO DE EXAMEN DENTAL

Padre o tutor: Usted puede elegir que su hijo sea excluido de un examen dental debido a una razón de las que mencionamos a continuación. Por favor, rellene y firme esta sección. Luego devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Mi hijo(a) _____ **no ha recibido** un examen dental.
(Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Mi hijo no recibió un examen por lo siguiente: (por favor, marque todas las que aplican):

- Ya hemos presentado un formulario de certificación en una escuela anterior.
- El examen dental es contrario a las creencias religiosas de la familia o del estudiante.
- El examen dental es una carga.

El examen dental es una carga para el estudiante o el padre o tutor del estudiante cuando:

- ***El costo de obtener el examen dental es muy alto;***
- ***El estudiante no tiene acceso a un examinador o;***
- ***El estudiante no pudo obtener una cita con un examinador***

Padre o tutor o proveedor dental

Escriba el nombre: ✍ _____

Firma ✍ _____ Fecha ✍ _____