**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 fírmela 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 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:***

***(A) El costo de obtener el examen dental es muy alto;***

***(B) El estudiante no tiene acceso a un examinador o;***

***(C) El estudiante no pudo obtener una cita con un examinador***

Padre o tutor

Escriba el nombre:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_