

Formulario vacío

Exención del requisito de evaluación de la salud bucal

Complete este formulario si necesita excusar a su hijo del requisito de evaluación de salud bucal.
De devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño:
Apto.:		Código postal:	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el jardín de infantes
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género del niño ☐ Masculino ☐ Femenino	
Etnia del niño:	☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Otro (especificar)		

Continúa en la página siguiente

Sección 2: Para ser completado por el padre o tutor SOLAMENTE SI solicita ser eximido de este requisito

Por favor, excuse a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa el motivo de exención):

☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo. El seguro dental de mi hijo es:
☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ Ninguno ☐ Otro _____
☐ No puedo costear una evaluación para mi hijo.
☐ No puedo encontrar el tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo conseguir tiempo libre del trabajo, el dentista no tiene un horario de oficina conveniente).
☐ No puedo llegar fácilmente a un dentista (por ejemplo, no tengo transporte, está demasiado lejos).
☐ No creo que mi hijo se beneficiaría de una evaluación.
☐ Otro (especifique el motivo no mencionado anteriormente por el cual solicita una exención de evaluación para su hijo):

Si solicita ser eximido de este requisito:

Firma del padre o tutor	Fecha
-------------------------	-------

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información podrá utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

De devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original se conservará en el expediente escolar del niño.

13306 4th Street Hickman, CA 95323
Phone (209) 874-1816 Fax (209) 874-3721

REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

In accordance with California Education Code section 49423, this form must be completed by an authorized California healthcare provider (MD, DO, PA, NP) and be on file for any student who requires medication(s) during the regular school day.

Student: (Last, First) _____ DOB: _____

Hickman: ☐ Elementary ☐ Middle ☐ Charter

Grade/Teacher: _____

TO BE COMPLETED BY AN AUTHORIZED CALIFORNIA HEALTHCARE PROVIDER

Medication 1:

Medication: _____ Reason for med: _____

Dosage: _____ Frequency: _____

Method of administration: _____

Time to be given: _____

Start: ☐ Now ☐ Other _____ Stop: ☐ End of school year ☐ Other _____

Restrictions and/or important side effects:

☐ None ☐ Yes, please describe _____

Special storage: ☐ No ☐ Yes _____

Medication 2:

Medication: _____ Reason for med: _____

Dosage: _____ Frequency: _____

Method of administration: _____

Time to be given: _____

Start: ☐ Now ☐ Other _____ Stop: ☐ End of school year ☐ Other _____

Restrictions and/or important side effects:

☐ None ☐ Yes, please describe _____

Special storage: ☐ No ☐ Yes _____

Healthcare provider name (Please print): _____ License #: _____

Office contact person: _____ Phone: _____

Provider signature: _____ Date: _____

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

I, the parent of _____, authorize the school nurse or other designated school personnel to administer the medication as directed by the authorized healthcare provider. I understand that the school nurse has my permission to communicate with the prescribing healthcare provider on matters related to this medication. I will notify the school if the medication has changed or is no longer needed. Medication will be furnished in its pharmacy-labeled container or original, unopened packaging. I understand that any medication not picked up within one week of the last day of school will be properly disposed of.

Parent/Guardian Name (Print)	Signature	Daytime phone	Date
------------------------------	-----------	---------------	------

Reviewed by Nurse (Print)	Signature	Date
---------------------------	-----------	------