

免除口腔健康评估要求

如果您需要免除孩子的口腔健康评估要求，请填写此表格。

签署此表格并将其交回学校，学校将为其保密。

第 1 部分：孩子信息（由家长或监护人填写）

孩子的名字：	姓氏：	中间名首字母：	孩子的出生日期： 月 - 日 - 年
地址：			公寓：
城市：			邮政编码：
学校名称：	老师：	年级：	孩子入读幼儿园的年份 四 位 数 年
家长/监护人名字：	家长/监护人姓氏：		孩子性别 ☐ 男性 ☐ 女性
孩子的种族/民族：	☐ 白人 ☐ 黑人/非裔美国人 ☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 亚裔 ☐ 其他（请说明） ☐ 美洲原住民 ☐ 多元种族 ☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐ 不详		

下页继续

第 2 部分：仅当家长或监护人要求免除此要求时才需填写

请允许我的孩子不参加评估，因为（勾选最能描述原因的方框）：

- ☐ 我找不到愿意接受我孩子的牙科保险计划的牙科诊所。我孩子的牙科保险计划是：
- ☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ 没有
- ☐ 其他 _____
- ☐ 我没有能力承担我孩子接受评估的费用。
- ☐ 我没有时间去看牙医（例如，无法请假、牙医没有方便的办公时间）。
- ☐ 我无法方便地去看牙医（例如，没有交通工具、距离太远）。
- ☐ 我不认为我的孩子会从评估中受益。
- ☐ 其他（请说明上面未列出您为何寻求为您的孩子免除此项评估的原因）：

如果请求免除此要求：

► _____ 月 - 日 - 年

家长或监护人签名 **日期**

法律规定学校必须对学生的健康信息保密。根据这项法律，您的孩子的名字将不会出现在任何报告中。此信息仅可用于与您孩子的健康相关的目的。如果您有任何疑问，请致电您的学校。

请在您孩子入学第一学年的 5 月 31 日之前将此表格交回学校。

原件将保存在孩子的学校记录中。