



## Vision and Dental Screening Certification Form

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
(Please print: Last Name, First Name) Student ID: \_\_\_\_\_

**Oregon Law now requires a child who is 7 years of age or younger to have dental and vision screenings before entering school for the first time.** For information about vision requirements see 2013 Oregon House Bill 3000 Section 1: (2)(a) through (3)(b). For information about dental requirements see 2015 Oregon House Bill 2972 Section 1: (2)(a) through (3)(c).

### **VISION SCREENING CERTIFICATION**

**Complete the section below if your student is 7 years of age or younger  
OR you would like to opt out of screening at grades K, 1, 2, 3 & 5**

- My Child has received a vision screening.  
Most recent screening or eye exam date: \_\_\_\_\_ Was a follow-up recommended?      Yes      No  
Name of provider: \_\_\_\_\_
- I have previously submitted certification to the school office at \_\_\_\_\_
- I am not providing certification of vision screening/exam due to my religious beliefs.
- I am requesting no vision screenings be administered to my child while enrolled in HSD.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### **DENTAL SCREENING CERTIFICATION**

**Complete the section below if your student is 7 years of age or younger**

- My Child has received a dental screening within the last 12 months.  
Most recent screening or dental exam date: \_\_\_\_\_ Was a follow-up recommended?      Yes      No  
Name of provider: \_\_\_\_\_
- I have previously submitted certification to the school office at \_\_\_\_\_
- I am not providing certification of dental screening/exam due to my religious beliefs.
- The dental screening is a burden because:  
(A) The cost of obtaining the dental screening is too high;  
(B) The student does not have access to a screener or;  
(C) The student was unable to obtain an appointment with a screener

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## Formulario de certificación de evaluación dental y de visión

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
(Por favor, escriba con letra de imprenta: Apellido, Nombre) Número de identificación estudiantil: \_\_\_\_\_

**La ley de Oregon ahora requiere que se realice una evaluación dental y de visión a todos los niños de 7 años o menos antes de ingresar a la escuela por primera vez.** Para obtener información sobre los requisitos de visión consulte 2013 Oregon HB3000 sección 1: (2)(a) hasta (3)(b) Para información sobre los requisitos dentales consulte 2015 Oregon HB2972 sección 1: (2)(a) hasta (3)(c).

### **CERTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DE VISIÓN**

**Complete esta sección si su estudiante tiene 7 años o menos o si le gustaría optar por no participar en la evaluación en los grados K, 1, 2, 3 y 5**

- Ya se le realizó una evaluación de visión a mi estudiante.  
Fecha de la evaluación o examen de visión más reciente: \_\_\_\_\_  
¿Se le recomendó dar seguimiento?    Sí        No  
Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_
- He entregado previamente la certificación en la oficina de la escuela a \_\_\_\_\_
- No estoy proporcionando la certificación de la evaluación/examen de visión debido a mis creencias religiosas.
- Solicito que no se le realicen evaluaciones de visión a mi estudiante mientras esté matriculado en HSD.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **CERTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DENTAL**

**Complete esta sección si su estudiante tiene 7 años o menos**

- Ya se le realizó una evaluación dental a mi estudiante en los últimos 12 meses.  
Fecha de la evaluación o examen dental más reciente: \_\_\_\_\_  
¿Se le recomendó dar seguimiento?    Sí        No  
Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_
- He entregado previamente la certificación en la oficina de la escuela a \_\_\_\_\_
- No estoy proporcionando la certificación de la evaluación/examen dental debido a mis creencias religiosas.
- La evaluación dental me resulta complicada porque:
  - (A) El costo de la evaluación dental es demasiado alto;
  - (B) El estudiante no tiene acceso a un evaluador o;
  - (C) El estudiante no pudo obtener una cita con un evaluador

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha