Estado de Illinois
Departamento de Salud Publica

Departamento de Salud Pública de Illinois
FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EXAMEN DENTAL ESCOLAR (waiver)

Para ser completado por el padre/madre (por favor impresión):

Nombre del estudiante:	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento: (Mes/Dia/Año)
Dirección:	Calle	Ciudad		Código Postal
Nombre de la Escuela:		Código Postal	Grado:	Sexo: □ Masculino □ Femenino
Nombre del padre/madre o encargado				
Raza/Etnicidad del Estudiante: □ Blanco □ Hispano/Latino □ Asiático □Otro_____ □ Nativo de Alaska o Indio Americano □ Afroamericano □ Multirracial □ Desconocido □ Nativo de Hawái o otras islas del Pacífico				

No puedo obtener el examen dental requerido porque:

☐ Mi hijo(a) está inscrito en el programa de almuerzo gratis y con descuento, y no tiene ningún seguro dental privado o público (Medicaid/KidCare).

☐ Mi hijo(a) está inscrito en el programa de almuerzo gratis y con descuento, y no es elegible para un seguro público (Medicaid/KidCare).

☐ Mi hijo(a) está inscrito en Medicaid/KidCare, pero no podemos encontrar un dentista o una clínica dental en nuestra comunidad que pueda ver a mi hijo(a) y que acepte el Medicaid/KidCare.

☐ Mi hijo(a) no tiene ningún tipo de seguro dental, y en nuestra comunidad no hay ninguna clínica dental de bajo costo que pueda ver a mi hijo(a).

Firma _____ Fecha:_____

Departamento de Salud Pública de Illinois, División de la Salud Bucal
217-785-4899 • TTY (sólo para personas con impedimento auditivo) 800-547-0466 •
www.dph.illinois.gov

IOCI 0600-10 Impreso con Autoridad del Estado de Illinois