



**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/Día/Año)
Dirección:	Calle	Ciudad	Código Postal	
Nombre de la Escuela:	Código Postal	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del padre/madre o encargado				
Raza/Etnicidad del Estudiante:				
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> 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

