



FORMULARIO DE EXENCIÓN DE EXAMEN DENTAL

Por favor escriba con letra impresa:

| | | | | |
|------------------------|----------|--------------------------------|---------------|--|
| Nombre del estudiante: | Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento: (mes/ día/ año) / / |
| Dirección: Calle | | Ciudad | Código postal | Teléfono: |
| Nombre de la escuela: | | Grado | | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Padre o tutor: | | Dirección (del padre o tutor): | | |

No puedo realizar el examen dental requerido debido a que:

- Mi hijo está inscrito en el programa de almuerzos gratuitos o con descuento y no está cubierto por un seguro dental público o privado (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo está inscrito en un programa de almuerzos gratuitos o con descuento y no tiene derecho a recibir seguro público (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo está inscrito en Medicaid/All Kids, pero no podemos encontrar en nuestra comunidad a un dentista o clínica dental que pueda atender a mi hijo y que acepte Medicaid/All Kids.
- Mi hijo no tiene ningún tipo de seguro dental, y en nuestra comunidad no hay clínicas dentales de bajo costo que puedan atender a mi hijo.

Firma _____ Fecha _____