



## FORMULARIO DE EXENCIÓN DE EXAMEN DENTAL

Por favor escriba con letra impresa:

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