



## DENTAL EXAMINATION WAIVER FORM

**Please print:**

Student's Name:	Last	First	Middle	Birth Date: (Month/Day/Year)
Address:	Street	City		ZIP Code
Name of School:	ZIP Code		Grade Level:	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent or Guardian:	Last Name		First Name	
Student's Race/Ethnicity:				
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Asian	
<input type="checkbox"/> Native American	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Multi-racial	<input type="checkbox"/> Unknown	
<input type="checkbox"/> Other _____				

**I am unable to obtain the required dental examination because:**

- My child is enrolled in the free and reduced lunch program and is not covered by private or public dental insurance (Medicaid / All Kids).
- My child is enrolled in the free and reduced lunch program and is ineligible for public insurance (Medicaid / All Kids).
- My child is enrolled Medicaid / All Kids, but we are unable to find a dentist or dental clinic in our community that is able to see my child and will accept Medicaid / All Kids.
- My child does not have any type of dental insurance, and there are no low-cost dental clinics in our community that will see my child.

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





**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

