

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



Con letra de molde por favor:

Nombre del estudiante:	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento: / / (Mes/Día/Año)
Dirección:	Calle	Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono:
Nombre de la Escuela:	Grado:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del padre/madre o encargado:		Dirección del padre/madre o encargado:		

**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 Oral  
 217-785-4899 • TTY (sólo para personas con impedimento auditivo) 800-547-0466 • [www.idph.state.il.us](http://www.idph.state.il.us)