



Formulario de exención de examen dental

En letra de imprenta

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Escuela:	Nombre	Código postal	Nivel escolar:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
Raza/Origen étnico del estudiante: ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico ☐ De Oriente Medio o norte de África ☐ Dos o más razas ☐ Desconocido				

Se me imposibilita realizar el examen dental obligatorio porque:

- ☐ Mi hijo está inscrito en el programa de comedor gratuito y a precios reducidos, y no cuenta con cobertura médica dental de tipo público ni privado (Medicaid/All Kids).
- ☐ Mi hijo está inscrito en el programa de comedor escolar gratuito y a precios reducidos y no puede optar por el seguro público (Medicaid/All Kids).
- ☐ Mi hijo está inscrito en Medicaid/All Kids, pero no podemos encontrar a un dentista o clínica dental en nuestra comunidad que sea capaz de atender a mi hijo y aceptar Medicaid/All Kids.
- ☐ Mi hijo no tiene ningún tipo de seguro dental y no existen clínicas dentales de bajo costo en nuestra comunidad que atiendan a mi hijo.

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____