



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:	
Parent or Guardian:	Last Name	First Name		
<p>Select from the below general racial category which most clearly reflects the student's recognition of his or her community or with which the student most identifies.</p> <p> <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Two or More Races </p>				

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: _____

Illinois Department of Public Health, Division of Oral Health
217-785-4899 • TTY (hearing impaired use only) 800-547-0466 • www.dph.illinois.gov





FORMULARIO DE EXENCIÓN DE EXAMEN DENTAL

Agradecemos usar letra de molde

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento: (mes/día/año) / /
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Nombre de la escuela:			Código postal	Nivel de grado:
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
De las siguientes categorías raciales, elija la que refleje con mayor claridad el reconocimiento de la comunidad del estudiante o con el que el estudiante se identifique en mayor medida.				
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Asiática				
<input type="checkbox"/> Amerindia o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Mestiza				

Se me imposibilita realizar el examen dental obligatorio porque:

- Mi hijo está inscrito en el programa de comedor escolar 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 ubicar a ningún dentista o ninguna 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 interés popular en nuestra comunidad que atiendan a mi hijo.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha: _

Departamento de Salud Pública de Illinois, División de Salud Bucal
217-785-4899 • TTY (para uso exclusivo de impedidos de la audición) 800-547-0466
• www.dph.illinois.gov

