



En letra de imprenta

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