



FORMULARIO COMPROBANTE DEL EXAMEN DENTAL ESCOLAR

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	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:	

To be completed by dentist: (Para ser completado por el dentista:)

Oral Health Status (check all that apply)

Yes No **Dental Sealants Present**

Yes No **Caries Experience / Restoration History** — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent 1st molars.

Yes No **Untreated Caries** — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.

Yes No **Soft Tissue Pathology**

Yes No **Malocclusion**

Treatment Needs (check all that apply)

Urgent Treatment — abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling

Restorative Care — amalgams, composites, crowns, etc.

Preventive Care — sealants, fluoride treatment, prophylaxis

Other — periodontal, orthodontic

Please note _____

Signature of Dentist _____

Date of Exam _____

Address _____
Street City ZIP Code

Telephone _____

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



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/All Kids).
- Mi hijo(a) está inscrito en el programa de almuerzo gratis y con descuento, y no es elegible para un seguro público (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo(a) está inscrito en Medicaid/All Kids, 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/All Kids.
- 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 _____