

Regrese el formulario marcado con SI o NO

Open Arms Free Clinic, Inc (Clínica Gratuita Brazos Abiertos) se ha asociado con el programa SAS de Wisconsin para brindar servicios dentales preventivos gratis a los estudiantes en sus escuelas. El equipo de SAS junto con Higienistas registrados y Asistentes dentales atenderán con equipos profesionales móviles a las escuelas participantes. Este servicio es gratuito y todos los niños de (4K-5) son elegibles. Se requiere un permiso firmado por los Padres/Guardianes para participar.

Formulario de Permiso 2023-2024

Nombre del estudiante: _____
Primer Nombre Segundo Apellido

Grado: _____ **Nombre de la escuela:** _____

Declaración de permiso- Por favor marque uno:

- Si, doy permiso que mi niño(a) reciba atención (complete el resto del formulario)
- No, no doy permiso a mi niño(a) para recibir atención (solo firma abajo)

Si usted marcó **SI**, y está dando permiso para que un Higienista Dental de Open Arms Free Clinic, Programa Dental SAS vea a su niño/a en la escuela, por favor complete este formulario.

Nombre del Padre/Guardián : _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? Si No

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Fecha de nacimiento (Mes/Dia/Año)	
Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario
Etnia Hispana/Latino/a (Marcar uno)	<input type="checkbox"/> Hispano or Latino/a <input type="checkbox"/> No hispano/no latino/a
Raza: (Marcar todos los que aplican)	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro
Seguro Dental:	<input type="checkbox"/> Medicaid/BadgerCare/Forward Health <input type="checkbox"/> Seguro Dental privado <input type="checkbox"/> Sin Seguro Dental

Al firmar, certifico que la información proporcionada es correcta y verdadera.

Firma: _____

Fecha: _____