

Encuesta sonrisas saludables 2024–2025 de Wisconsin:
Consentimiento individual
(2024–2025 Wisconsin Healthy Smiles Survey: Individual Consent)

Al completar este formulario, doy mi consentimiento para que mi hijo estudiante participe en la Healthy Smiles Survey (encuesta sonrisas saludables) de Wisconsin 2024–2025. Al hacerlo, reconozco la recopilación de la edad, la raza, el origen étnico y el sexo de mi hijo estudiante de los registros escolares.

Por favor envíe este formulario a:

Apellido del hijo estudiante: _____

Nombre del hijo estudiante: _____

Por favor marque la casilla siguiente:

☐ Sí, doy permiso a mi hijo estudiante para participar en el examen de salud bucal.

FIRMA – Padre o tutor

Fecha de la firma

Nombre en letra de imprenta