

**Encuesta sonrisas saludables 2024–2025 de Wisconsin:**  
**Opción de exclusión individual**  
**(2024–2025 Wisconsin Healthy Smiles Survey: Individual Opt-Out)**

Al completar este formulario, reconozco que **no** quiero que mi hijo estudiante participe en la Healthy Smiles Survey (encuesta sonrisas saludables) 2024–2025 de Wisconsin.

Por favor envíe este formulario a:

**Apellido del hijo estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del hijo estudiante:** \_\_\_\_\_

Por favor marque la casilla siguiente:

☐ No, no autorizo a mi hijo estudiante para participar en el examen de salud bucal.

<b>FIRMA</b> – Padre o tutor	Fecha de la firma
Nombre en letra de imprenta	