



**DIAMOND STATE SMILES CLUB**  
EST. 2024

Doy mi permiso para que los miembros de la Coalición de Salud Oral de Arkansas reciban la siguiente información como parte de la participación de mi hijo en el Club Sonrisas del Estado Diamante:

- Nombre del niño
- Edad del niño
- Condado de residencia del niño
- Correo electrónico del padre/guardián
- Número de teléfono del padre/guardián
- Fecha de la visita dental

Entiendo que mi información de contacto puede ser usado para enviar información sobre salud oral y actualizaciones sobre el Club Sonrisas del Estado Diamante. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento contactándome a [diamondstatesmilesclub@gmail.com](mailto:diamondstatesmilesclub@gmail.com).

¿Da usted permiso para que la foto de su hijo/a se utilice en las redes sociales, medios de comunicación y/u otros medios si resulta ganador/a del concurso?

**SÍ**, la foto de mi hijo/a puede utilizarse si resulta ganador del concurso.

**NO**, la foto de mi hijo/a NO PUEDE ser utilizada si resulta ganador del concurso.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Nombre del padre/guardián: (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_

*Al escribir mi nombre, entiendo y acepto la información arriba indicada.*

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_



*Este proyecto cuenta con fondos de la Fundación Delta Dental de Arkansas.*