



# ¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA!

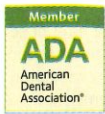
## Obtenga atención dental en la escuela

### SIN COSTO\* para usted.

\* Para pacientes con cobertura Medicaid o PA CHIP

¡Regístrese en línea!  
www.MySchoolDentist.com

Escanee el código con su teléfono.



### Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.

**FÁCIL Y CONVENIENTE** - Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, así como proporcionar una limpieza, rayos-x como sea necesario, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. Tratamiento adicional como rellenos podrían ser proporcionados. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Permiso incluye tratamiento dental inicial y visitas de seguimiento.  
**¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!**

#### LLENE POR FAVOR

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro		Grade
Padre/Tutor Legal	Teléfono (     )		
Correo electrónico	Teléfono Alt. (     )		

#### PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE APLICA A SU HIJO Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. SI NO SE APLICA CONDICIONES, DEJE EN BLANCO.

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas activas (incluyendo COVID-19) | <input type="checkbox"/> Alergias-alimentos/estacionales | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado   | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón  |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Alergias-medicamentos           | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento     | <input type="checkbox"/> Problemas dentales      | <input type="checkbox"/> Trastornos inmunológico | <input type="checkbox"/> Convulsiones          |
- Explique \_\_\_\_\_

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: \_\_\_\_\_

#### NIÑO TIENE MEDICAID/PA CHIP

Circule uno de los siguientes: Aetna, AmeriHealth, Blue Cross CHIP, Gateway, Geisinger, HealthPartners, Keystone First, Kidz Partners, Medicaid, United Concordia CHIP, UnitedHealthcare, UPMC

Escriba el número de identificación (RIN) del niño beneficiado AQUÍ: →

○ Número de seguro social del niño (si está disponible)    -   -

#### SEGURO DENTAL PRIVADO

# Grupo	Nombre de Aseguransa (no Medicaid)	Tel. Aseguransa (     )
Nombre Adulto Asegurado	Empleador	Tel. de Empleador (     )
ID Miembro/# Póliza		Fecha Nacim. Adulto Asegurado / /
		# Seg. Soc. Adulto Asegurado

#### NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL

(POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN ABAJO)

En caso de pagar por los servicios, engrape el cheque o giro postal en esta forma, y haga el pago a: Smile Pennsylvania. Para pagar con tarjeta de crédito, llame al 855-481-8639.

- Voy a pagar la tarifa reducida para una limpieza dental, examen y fluoruro por visita. Edad 11 o menor: \$58.00 Edad 12 o mayor: \$69.00
- Solicito atención donativo para cubrir el costo de una limpieza dental, examen y fluoruro para mi hijo. (Le enviaremos una solicitud de atención donada. Disponible solo una vez por año escolar solo para atención preventiva.)

Si su hijo ve a un dentista con regularidad y gustaría continuar tratamiento con él, debería seguir con su dentista.

#### LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a Big Smiles Pennsylvania P.C. (Proveedor), y a sus dentistas afiliados o higienistas dentales, a proveer servicios dentales en la escuela al niño mencionado anteriormente de quien soy el padre custodio o tutor legal, incluyendo un examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, rayos-x, y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro. VEA ATRÁS PARA MÁS DETALLES.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, extracciones de dientes de leche, realizar una endodoncia (tratamiento de nervio del diente de leche), adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos según sean necesarios. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo de la salud de mi hijo a 855-481-8639. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad doble y asegure.



PREGUNTAS: 855-481-8639 FAX: 888-330-4331 Visítenos en: mobiledentists.com

Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director, Big Smiles Pennsylvania P.C.  
200 Barr Harbor Dr., Ste. 400-4079, West Conshohocken, PA 19428  
© Big Smiles Pennsylvania P.C., 2022



