



¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA! Cuidado dental dentro de la escuela SIN COSTO* para usted.

* Para pacientes con convertura Medicaid o PA CHIP

¡AHORRE TIEMPO!

Regístrese en línea
www.MySchoolDentist.com

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. Incluye tratamiento recibido y requerido. **¡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	Grado	
Padre/Tutor Legal	Teléfono ()		
Correo electrónico	Teléfono Alt. ()		

PREGUNTA DE SALUD IMPORTANTE

¿Su hijo tiene alguna discapacidad o condiciones médicas o dentales en el pasado o presente o alguna incapacidad social / problemas de comportamiento? Puede incluir problemas del corazón, problemas de respiración, trastorno del cerebro/convulsiones, alergias (incluye alergia a medicamentos), diabetes, problemas de sangrado, enfermedades transmisibles o desorden inmunitario, etc. Si es así, por favor explique abajo (adjunte hojas adicionales si es necesario). Si No, deje el espacio abajo en blanco.

Anote los medicamentos que este tomando _____ Anote cualquier problemas dental _____

NIÑO TIENE MEDICAID/PA CHIP

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

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

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

NIÑO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de la Comp. de Seguro (aparte de Medicaid) _____ Tel. del Seg. _____

Grupo _____ Empleador _____ Tel. del Empleador _____

Nombre del Adulto Asegurado _____ FECHA DE NACIMIENTO del adulto Asegurado _____

Póliza/ID _____ Seguro Social del 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.

- 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**
- Certifico que no puedo pagar por el costo reducido y pido asistencia financiera completa la cual cubrirá la limpieza, examen y fluoruro. (Le enviaremos una aplicación por correo. Disponible para tratamiento preventivo solo una vez por año escolar.)

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 dental, 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.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, extracciones de dientes de leche infectados, colocación de mantenedores de espacio, 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 del 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: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 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., 2018

