



¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA!
Obtenga atención dental en la escuela
SIN COSTO* para usted.

* Para pacientes con cobertura Medicaid o Maryland Healthy Smiles

¡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 necesarios, 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 DEVUELVALO 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 IMPORTANTE DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE APLICAN A SU HIJO Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. **SI NO APLICAN CONDICIONES, DEJAR 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/MARYLAND HEALTHY SMILES

Llene los 11-dígitos de Medicaid del Niño AQUÍ:

→

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

SEGURO DENTAL PRIVADO

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

SI EL 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 Maryland. 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 13 o menor: **\$75.00** Edad 14 o mayor: **\$93.00**
- Solicito cuidado donado para cubrir el costo de una limpieza dental, evaluación y fluoruro para mi hijo. (Le enviaremos una solicitud de cuidado donado. Disponible solo una vez por año escolar y solo es para atención preventiva.)

Si su hijo ve a un dentista regularmente y desea continuar con la atención de ese dentista, por favor hágalo.

LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC (Proveedor), y a sus dentistas afiliados o higienistas dentales, a proveer servicios dentales en la escuela a niño mencionado anteriormente de quien soy el padre con custodia 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 significante 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

