



THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL!

In-school dental care at NO COST* to you.

* For patients covered by Medicaid or Maryland Healthy Smiles

SAVE TIME!
Sign up online
www.MySchoolDentist.com

Taking care of your child's teeth is important to keep them healthy.

EASY & CONVENIENT - A state licensed dentist will regularly check your child's mouth & teeth, as well as provide a cleaning, x-rays as necessary, fluoride treatment and apply sealants, as needed. Additional care, such as fillings, may also be provided. A dental report card will be sent home with your child. Includes initial dental care & follow-up visits. **SIGN AND RETURN TO YOUR SCHOOL TODAY!**

PLEASE COMPLETE

Child's Legal Name		Birth Date		☐ Male ☐ Female
Address		City	State	Zip
School		Teacher		Grade
Parent/Guardian Name		Phone ()		
Email		Alt Phone ()		

IMPORTANT HEALTH QUESTION

Does your child have any past or present medical or dental conditions or disabilities? This may include heart issues, breathing problems, brain/seizure disorders, allergies (including drug allergies), diabetes, bleeding problems, communicable diseases or immune disorders etc. If Yes, explain below (attach additional pages as needed). IF NO, LEAVE BLANK.

List current medications _____ List any dental concerns _____

IF CHILD HAS MEDICAID/MARYLAND HEALTHY SMILES

Enter Child's 11-digit Medicaid
Recipient ID Number HERE: →

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OR Child's Social Security # (if available)

				-			-			
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

IF CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE

Ins. Company name (other than Medicaid) _____ Ins. Phone _____
Group # _____ Employer name _____ Co. phone _____
Name of Insured Adult _____ BIRTH DATE of Insured Adult _____
Member ID/Policy # _____ Social Security # of insured adult _____

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE

(ALSO CHECK ONE BELOW) If paying for services, staple check or money order to this form & make payable to: Smile Maryland.

- ☐ I will pay the reduced fee for a dental cleaning, screening & fluoride per visit. Ages 13 or younger: **\$70.00** Ages 14 or older: **\$87.00**
☐ I request donated care to cover the cost of a dental cleaning, screening and fluoride for my child.
(We will send you a donated care application. Available only once per school year for preventive care only.)

If your child sees a dentist regularly, and you want to continue care with that dentist, you should do so.

READ & SIGN BELOW

I understand and authorize S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC (Provider), its affiliated dentists or dental hygienists, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian, including an exam, cleaning, fluoride, sealants, x-rays and the application of Silver Diamine Fluoride as needed. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color.) I also authorize any other dental work such as fillings, extractions of problem baby teeth, placement of space maintainers, numbing the mouth and teeth and other procedures as needed. I have read the IMPORTANT HEALTH QUESTION above and will report any significant changes in my child's health to 855-481-8639. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS PAGE and understand and agree to its terms.

SIGN & DATE HERE

This consent authorizes the initial and future dental visits.

DATE

For your privacy,
please fold & secure.

QUESTIONS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visit us at: mobiledentists.com

S.K. Pesis D.D.S., General Dentist & Dental Director
Big Smiles Maryland, PC, 400 East Pratt Street, 8th Floor, Baltimore, MD 21202
© S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC, 2019

ESPAÑOL AL REVERSO



MD-COMPR-012V1 6/19





¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA!

Cuidado dental dentro de la escuela

SIN COSTO* para usted.

* Para pacientes con cobertura Medicaid o Maryland Healthy Smiles

¡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	☐ Hombre ☐ 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? 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/MARYLAND HEALTHY SMILES

Llene los 11-dígitos de Medicaid del Niño 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 Maryland.

- ☐ Voy a pagar la tarifa reducida para una limpieza dental, examen y fluoruro por visita. Edad 13 o menor: **\$70.00** Edad 14 o mayor: **\$87.00**
- ☐ 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 S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC (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 Visitenos en: mobiledentists.com

S.K. Pesis D.D.S., General Dentist & Dental Director
Big Smiles Maryland, PC, 400 East Pratt Street, 8th Floor, Baltimore, MD 21202
© S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC, 2019



MD-COMPR-012V1 6/19

