

Sept 8
+ 9



THE SCHOOL DISTRICT OF
PHILADELPHIA

¡AHORRE TIEMPO!

Regístrese en línea

www.MySchoolDentist.com

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

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. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Incluye tratamiento recibido y requerido este año escolar.
¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!

* Para paslentes con convertura Medicaid o PA CHIP

Smile Programs
...the mobile dentists



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: Aetna, AmeriHealth, Blue Cross CHIP, Gateway, Geisinger, HealthPartners, Keystone First, Kidz Partners, Medicaid, United Concordia CHIP, United Healthcare, UPMC

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

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 _____

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.) Si mi hijo necesita servicios dentales adicionales, debo aceptarlos antes de ser proporcionados. 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 este año escolar. FECHA _____

Para su privacidad
doble y asegure.



PREGUNTAS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visítenos en: mobiiledentists.com

Elliott 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., 2019

PA-PHILLY-PR-012V2 8/19

