



¿PERDIÓ CUIDADO DENTAL DEBIDO A COVID?

Obtenga atención dental en la escuela

SIN COSTO* para usted.

* Para pasientes con convertura Medicaid o Maryland Healthy Smiles

¡Regístrate 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 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	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 SE APLICA A SU HIJO Y EXPLÍCITA 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/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. Aseguransa ()
# Grupo	Tel. de Empleador ()
Nombre Adulto Asegurado	Fecha Nacim. Adulto Asegurado / /
ID Miembro/# Póliza	# 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 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: **\$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. 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 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.

Para su privacidad doble y asegure.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

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

