

ALL KIDS ESCOLARES DENTAL PROGRAMA

POR FAVOR IMPRIMA EN TINTA DENTAL EXAMEN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Servicios Dentales Proporcionados por:

DEBEN SER DEVUELTOS MAÑANA (**SI QUIERE USTED ESTOS SERVICIOS**)

(hasta un valor \$475)

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

MAESTRO(A): _____

GRADO: _____

CONDADO: _____



Miles of Smiles, Ltd.

137-C Radio City Dr.

North Pekin, IL 61554

309-382-6404

Queridos padres o guardián,
Miles of Smiles, Ltd. y el Illinois Department of Healthcare and Family Services han organizado para servicios dentales para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento de flúor y selladores (un revestimiento protector en las superficies de mascar de las muelas). Dentistas con licencia, higienistas y ayudantes llegarán a la escuela de su niño(a) con equipos portátiles. Para su niño(a) reciba estos servicios usted debe proporcionar TODA la información pidió por debajo y signo anajo.

NOMBRE legal del niño(a): _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Dirección: _____ HOMBRE / MUJER

CIUDAD/código POSTAL: _____ Teléfono Particular: _____ - _____ - _____

SU niño(a) CALIFICA PARA LAS COMIDAS GRATIS O REDUCIDAS SI / NO

ESTÁ inscrita su niño en la 'Medicaid/All Kids' PROGRAMA: SI / NO

EN CASO AFIRMATIVO, INCLUIR NÚMERO DE ID DE DESTINATARIO DE SU niño(a): → _____

**** Será facturada Medicaid/All Kids ****

(9 DÍGITO ID NÚMERO SOBRE LA PARTE POSTERIOR DE MEDI-PLAN TARJETA)

Tiene su niño(a) SEGURO DENTAL PRIVADO? SI / NO (Mandarán la cuenta a la compañía de seguros dentales)

En caso afirmativo, complete por favor toda la información del seguro abajo: (si es incompleto, su hijo no es elegible; los grados K, 2, 6 pueden recibir solo examen.)

Nombre de la compañía de seguro dental PRIVADO: _____

Dirección de la compañía de seguro dental: _____

Plan de la compañía de seguros dentales o número de grupo: _____

Nombre del empleado: _____ # de teléfono del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

Fecha de nacimiento del empleado: _____ # Identificación o SS del empleado: _____

Empresario: _____ Teléfono # del Empresario: _____

Dirección del Empresario de: _____

Ha tenido su niño(a) cualquier historia de, o condiciones relacionadas, cualquiera de los siguientes: (por favor círculo)							
Anemia:	SI / NO	Sinusitis crónica:	SI / NO	Problemas de crecimiento:	SI / NO	Convulsiones:	SI / NO
Asma:	SI / NO	Diabetes:	SI / NO	Audición:	SI / NO	Tiroides:	SI / NO
Trastornos hemorrágicos:	SI / NO	Dolores de oído:	SI / NO	Corazón:	SI / NO	Tabaco / drogas:	SI / NO
Cáncer:	SI / NO	Epilepsia:	SI / NO	Alergia al látex**:	SI / NO	Alergias:	
Parálisis Cerebral:	SI / NO	Desmayos:	SI / NO	Embarazo (los adolescentes):	SI / NO	Otro:	
¿Es su niño(a) tomando cualquier receta y/o sobre los medicamentos de contador en este momento? SI / NO							
En caso afirmativo, sírvase enumerar:							

¿Qué tipo de agua de beber su niño(a)? _____ Agua de ciudad _____ Agua de pozo _____ Agua embotellada _____ Agua filtrada

IMPORTANTE: FIRMA NECESARIO DE LOS PADRES (o guardián): Estoy privativas de libertad padres o guardián legal de los niños menores denominado anteriormente. Autorizo y consentimiento a este niño reciben el tratamiento dental descrito y permite que la enfermera escolar / escuela representativas y dental proveedor acceso al registro dental del niño.

Al grado permitió por la ley, consiento al uso y al acceso de la información protegida de la salud del niño de menor edad para realizar actividades del pago con respecto a esta demanda. Autorizo y dirijo por este medio el pago de las ventajas dentales directamente al Miles of Smiles, Ltd.

FIRMA: _____

FECHA: _____

**Si usted visita a un dentista con regularidad, favor de continuar con el mismo por examen de rutina y rayos X!*