



¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA!

Cuidado dental dentro de la escuela

SIN COSTO* para usted.

* Para pacientes con cobertura Medicaid o Hoosier Healthwise

¡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/HOOSIER HEALTHWISE

Circule uno de los siguientes: Anthem BCBS, Care Select, Caresource, Hoosier Care Connect, Hoosier Healthwise, MDwise

Llene los 12-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: Indiana Dental Outreach.

☐ Voy a pagar la tarifa reducida para una limpieza dental, examen y fluoruro por visita. Edad 12 o menor: \$60.00 Edad 13 o mayor: \$74.00

☐ 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 Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC (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 Visítenos en: mobiledentists.com

Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director

Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 9465 Counselors Row, Suite 200, Indianapolis, IN 46240

© Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 2018

