



Smile Illinois...los dentistas móviles ¡viene a hacer brillar tu sonrisa!

Por favor, devuelva esta forma al maestro de su hijo en los siguientes 2 días

- ☺ Se necesita su firma antes de poder recibir tratamiento.
- ☺ El tratamiento se limita a exámenes dentales, limpiezas, aplicación de fluoruro, y selladores dentales. Todos los servicios profesionales son llevados a cabo por el personal licenciado Illinois de dentistas e higienistas; manejados por Elliot P. Schlang, D.D.S.P.C.
- ☺ Seguros médicos como Medicaid y All Kids cubren al niño en un 100%.

Información General de Salud **Por favor escriba con tinta y letras de molde**

Nombre de la escuela o programa: _____ Condado: _____
 Maestro: _____ Grado: _____ Salón #: _____
 Nombre del niño: _____
(Nombre) (Inicial) (Apellido)
 Fecha de nacimiento del niño: _____ Género del niño: M F Fecha de última visita al dentista: _____
(Mes) (Día) (Año)
 El número de Seguro Social de su hijo: _____
 Nombre del Padre/Guardián: _____ Celular o Teléfono: () _____
 Dirección: _____ Ciudad/Código Postal: _____
 Relación con el niño: _____ E-MAIL: _____

Marque con un círculo los días que el niño asiste: L M M J V AM / PM Día entero Head Start

Su hijo ha tenido una historia de, o condiciones relacionadas con cualquiera de los siguientes:

- Asma Desorden de sangre Diabetes Hepatitis Soplo del corazón (lo que no requiere medicación antes de tratamiento) Desvío de la corriente sanguínea o articulación artificial
- Hemofilia Alergia del látex Alergias Recambio de válvula del corazón Soplo del corazón (lo que requiere medicación antes de tratamiento) Otro (describa)
- VIH/SIDA

* **IMPORTANTE:** Enliste cualquier problema de salud de su hijo incluyendo medicamento. *Adjunte otra hoja si es necesario.*

Información de Seguro Medicaid/All Kids

Aceptamos Medicaid, All Kids y la mayoría de seguros privadas.

Los 9-dígitos de identificación del Medicaid del niño:

Nombre de la compañía de seguro privados dental (además de Medicaid): _____ Teléfono: _____
 Número de Grupo: _____ Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____
 Nombre de la persona que asegura al niño: _____ **FECHA DE NACIMIENTO del suscriptor:** _____
 El número de Seguro Social de la persona responsable: _____ Número del contrato/identificación: _____
 Seguro secundario: Nombre del Seguro: _____ Nombre del Que Tiene el Seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de ID: _____ Número del Trabajo: _____ Teléfono de seguro: _____

No Medicaid o Seguro Dental **Solo Cheque UN Recuadro**

- Puedo pagar el costo entero de \$73 por una limpieza, un examen, una aplicación de fluoruro, y selladores dentales por visita. Favor de hacer un cheque o giro postal pagado a Smile Illinois y engraparlo a la forma.
- Necesito para pagar \$67 por un servicio subvencionado porque puedo no pagar el coste completo. Cubrirá una limpieza, un examen una aplicación de fluoruro y selladores dentales. Favor de hacer un cheque o giro postal pagado a Smile Illinois y engraparlo a la forma.
- Marque aquí si Ud. Necesita ayuda financiera para el pago parcial de la compañía de seguro si existe. La mayoría de los seguros dentales cubre el 100% del costo para servicios dentales preventivos.
- Marque aquí si Ud. No tiene seguro dental **Y** necesita asistencia financiera completa. Enviaremos una aplicación de beca.

IMPORTANTE: Padre/Guardian Se Requiere su Firma

Soy la persona en custodia o el guardian legal del menor citado anteriormente. Autorizo y consiento que el menor reciba el tratamiento dental descrito anteriormente y permito a la enfermera de la escuela/representantes de la escuela y/o a un dentista escogido por mi para obtener la información dental del menor. Autorizo a Elliot P. Schlang, D.D.S.P.C. cobrar a mi favor o del menor, y coleccionar pagos de cualquier compañía de seguros u otra tercera persona que cubra los gastos del servicio proveído a este menor. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento que el menor reciba. Reconozco haber sido notificado del recibo de prácticas privadas antes de firmar. Entiendo que este hijo/hija recibirá los resultados del exámen dental en un boletín de salud oral dado al niño/niña el día del tratamiento. Si yo no reciba el boletín de salud oral, o necesite otra copia, llamaré al número de teléfono abajo.*

X Firma Aquí _____ Fecha: _____
(Padre/Guardian)

Si su hijo tiene un dentista, quizá usted desee continuar con los servicios de éste. Para evitar servicio dental o duplicación de beneficios, por favor informe a su dentista sobre los servicios que la escuela le ha proveído (ver tarjeta de informes de salud oral, proveída después de la visita del dentista a la escuela, la cual indica los servicios proveídos).

* Services applied at dentist's discretion. In cases where additional dental care is required for restorative and/or other dental needs, the parent/guardian must follow up with a dentist of their own choosing.

Elliot P. Schlang, D.D.S., Dental Director, Elliot P. Schlang, D.D.S.P.C., 8770 W. Bryn Mawr Ave., Suite 1309, Chicago, IL 60631

Visitenos en: www.mobiledentists.com

Phone: 1-888-833-8441, Fax: 1-888-330-4331

All Rights Reserved. ©Elliot P. Schlang, D.D.S.P.C., 2009 FORM 403