

## DENTAL CONSENT FORM

Escuela \_\_\_\_\_ Nivel de Grado \_\_\_\_\_



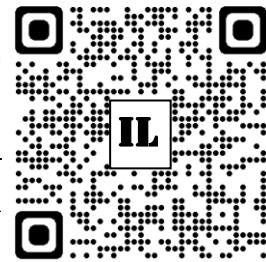
Condado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Celular (Teléfono) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Dirección, Ciudad, Código Postal \_\_\_\_\_

 Medicaid / All Kids (# de identificación requerido)ENVÍE UNA FOTO de la tarjeta Médica a [MyCard@DentalSafariCompany.com](mailto:MyCard@DentalSafariCompany.com)

Medical Card / All Kids # de RID \_\_\_\_\_

 Seguro Privado \_\_\_\_\_ (9 dígitos en el reverso de la tarjeta)ENVÍE UNA FOTO de su tarjeta Seguro Privado a [MyCard@DentalSafariCompany.com](mailto:MyCard@DentalSafariCompany.com)

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta principal Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección primaria \_\_\_\_\_

Primario: Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ; # de Seguro Social : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Compañía de seguro DENTAL \_\_\_\_\_

Member ID#: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

 Sin Seguro – Servicios a precio reducido. Paga \$75 via PayPal sitio web: [DentalSafariCompany.com](http://DentalSafariCompany.com) Servicios provisionales (basados en las necesidades) – Sin Cargo – califica para almuerzo gratis o reducido y sin seguro**HISTORIA DE SALUD – MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA**

AD/HD  trastornos de la sangre  corazón  desorden del habla  Alergias  Asma  parálisis cerebral  
 problemas de crecimiento  embarazo  Tabaco/El uso de drogas  Autismo  sinusitis crónica  Audición  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Le han dicho que su hijo necesita antibióticos antes de los procedimientos dentales?  Sí  No

¿El niño tiene alergia a algún medicamento? indique \_\_\_\_\_

¿El niño está tomando algún medicamento en este momento? \_\_\_\_\_

**Verifique todas las formas** en que podemos comunicarnos con usted Todo  Solo Celular  Solo Correo Electrónico**Enumere a cualquier individuo o pariente** con los que podamos comunicarnos con respecto a la atención médica dental del niño: \_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla, TAMBIÉN DOY MI  
**CONSENTIMIENTO** para la atención restaurativa, que puede  
 incluir: empastes apropiados, coronas, pulpotorias, extracciones  
 de dientes de leche (con o sin mantenedores de espacio).

comentarios:

Padres/Tutor: DENTAL SAFARI COMPANY, una corporación profesional con licencia completa, estará en la escuela de su hijo(a). Al firmar este formulario de consentimiento, mi hijo(a) recibirá un examen de un dentista con licencia o un(a) higienista dental de salud pública (PHDH), posiblemente radiografías, limpieza, flúor, selladores y SDF (tratamiento tópico para caries) hasta dos veces durante el año escolar. Doy permiso para tratar a mi hijo(a) y entiendo mis derechos HIPAA; puede verlos en [www.DentalSafariCompany.com](http://www.DentalSafariCompany.com). También doy permiso a los consultores de salud oral de IPDH para que realicen revisiones de selladores hasta un año después de la colocación del sellador.

**IMPRIME NOMBRE****Relación al niño****FIRMA****Fecha**