

DENTAL CONSENT FORM



Escuela _____ Nivel de Grado _____

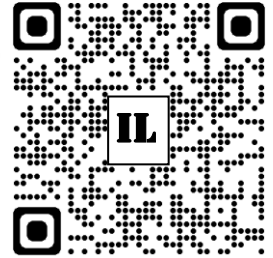
Condado _____ Maestro _____

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

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

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☐ **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, pulpotomías, 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. 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