

ALL KIDS ESCOLARES DENTAL PROGRAMA

Rev. 12/23

POR FAVOR IMPRIMA EN TINTA

DENTAL EXAMEN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Llénelo y devuélvalo a la escuela (sólo si QUIERE estos servicios)

Servicios Dentales Proporcionados por:

Miles of Smiles, Ltd.

2424 N 8th St.

Pekin, IL 61554-1547

309-382-6404

NOMBRE DE LA ESCUELA (o feria de salud):

MAESTRO(A):

GRADO:

CONDADO:

¿Tiene su niño un dentista? Sí/ No Nombre (del dentista):

Fecha de Examen:



Favor de proveer la información siguiente solamente si quiere estos servicios dentales ser dado por

Miles of Smiles, Ltd. en la escuela.

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 o higienistas dentales de salud pública a con licencia y certificados, 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 Ejemplos de MCO (marca): Aetna, BCBS, CountyCare, Meridian, Molina, YouthCare

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

Si no figura en la lista, nombre de la compañía de MCO: _____

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: _____

Identificación o SS del empleado: _____ Plan de la compañía de seguros dentales o número de grupo: _____

Nombre del empleado: _____ Fecha de nacimiento del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

de teléfono del empleado: _____ Empleador: _____

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	Enfermedad Cardiáca:	SI / NO	Tabaco / drogas:	SI / NO
Cáncer:	SI / NO	Epilepsia:	SI / NO	Alergia al látex**:	SI / NO	Alergias:	SI / NO
Parálisis Cerebral:	SI / NO	Desmayos:	SI / NO	Embarazo (los adolescentes):	SI / NO	Otro:	SI / NO

¿Es su niño(a) tomando cualquier receta y/o sobre los medicamentos de contador en este momento? SI / NO

En caso afirmativo, sírvase enumerar:

¿Tiene su niño alguna condición cardíaca? Sí / No Describa:

¿Tiene su niño alguna articulación artificial? Sí / No ¿Si afirmativo, cuándo y cuál articulación?

¿Ha recomendado un doctor algunos precauciones especiales o premedicaciones para su niño antes de tratamiento dental? Sí / No

¿Si afirmativo, qué?:

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.

Este también dará permiso para el Departamento de Salud Pública de Illinois a proporcionar Auditorías de Aseguramiento de Calidad mediante la evaluación de los selladores de su hijo que se colocaron en la escuela. Tras determinar, este permiso también permitirá los selladores ser reemplazados por el proveedor si se indica.

Al grado permitido 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:

IMPRIMIR EL NOMBRE:

FECHA:

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

DDS/DMD/PHDH _____ RDH _____