



स्थानमा दन्त चिकित्सा हेरचाह

फ्याक्स: 888-781-5678 इमेल: patientforms@schoolsmiles.com टोल फ्री: 1-855-497-6453

तपाईं आफ्नो बच्चालाई सहभागी गराउन चाहनुहुन्छ भने प्रत्येक शैक्षिक वर्षमा एउटा नयाँ फारम पूरा गर्नुपर्छ

आज साइन अप गर्नुहोस् दन्त चिकित्सकाई स्कूलमा हेर्नका लागि!!

भर्नुहोस् र स्कूलमा फर्कनुहोस् वा अनलाइन साइन अप गर्नुहोस्: www.schoolsmiles.com/student-signup

चरण 1	बच्चाको सामान्य जानकारी		
	बच्चाको कानुनी नाम: _____ जन्म मिति: ____/____/____ (गोलो लगाउनुहोस्) पुरुष महिला		
	ठेगाना: _____ शहर: _____ राज्य: _____ जिल्ला: _____		
	स्कूल: _____ काउन्टी: _____		
	कक्षा: _____ उपस्थित दिनहरूका संख्या: _____ कक्षाकोठा #: _____		
	आमाबाबु/अभिभावक: _____ फोन: (____) _____		
इमेल: _____			
म School Smiles बाट स्वास्थ्य सेवा सन्देशहरू प्राप्त गर्न सहमत छु।			

चरण 2	भुक्तानी सम्बन्धि जानकारी: (कृपया चिन्ह लगाउनुहोस्)		
	MEDICAID ☐ निजी बीमा ☐ बीमा नगरिएको ☐		
	1. Medicaid जानकारी: 10 वा 12 अंकको आईडी #		
	व्यवस्थित हेरचाह योजना: _____		
	2. निजी बीमा:		
बीमा दन्त कम्पनीको नाम: _____ Ins. फोन: _____ सदस्यको नाम: _____ सदस्यको जन्म मिति: ____/____/____ सदस्यको आईडी: _____ सदस्यको SSN: ____-____-____			
3. असुरक्षित दन्त विकल्प:			
☐ स्व-भुक्तानी विकल्प: तपाईं आफ्नो बच्चाको तुरुन्तै देखाउन चाहनुहुन्छ भने तपाईंसँग कम गरिएको \$ 49 शुल्क तिर्ने विकल्प छ जुन उनीहरूको सफाई, एक्स-रे, फ्लोराइड र परीक्षा समावेश गर्दछ। \$49 बच्चाको देखाउनु अघि मनि अर्डर मार्फत वा फोनमा भुक्तानी प्रदान गर्न 1.855.497.6453 मा फोन गरेर भुक्तान गर्नु पर्दछ।			
☐ अनुदान अनुरोध विकल्प: दन्तसेवाहरू पहिले आउनुहोस् पहिलो सेवा पाउनुहोस् को आधारमा उपलब्ध छन्। **दन्तबीमा नभएकाहरूलाई मात्र उपलब्ध छ। वित्तीययोग्यता पुष्टि गर्न थप कागजात आवश्यक हुन सक्छ**			

चरण 3	महत्वपूर्ण स्वास्थ्य प्रश्नहरू:	
	1. तपाईंको बच्चाको कुनै वर्तमान चिकित्सा अवस्थाहरू छन् जस्तै: मुटुको समस्या, दौरा विकार, एलर्जी, आदि ? हो भने, कृपया तल सूचीबद्ध गर्नुहोस्।	
छैन भने, खाली छोड्नुहोस्: _____		

चरण 4	हस्ताक्षर आवश्यक छ	
	म _____ को आमाबाबु/अभिभावकले बुझ्छु र School Smiles दन्त चिकित्सकहरूलाई मेरो बच्चाको स्कूलमा निम्न सेवाहरू प्रदान गर्न अनुमति दिन्छु जसमा निम्न कुराहरू समावेश छन्: परीक्षा, एक्स-रे, सफाई, फ्लोराइड, सिल्भर डायमाइन्ड फ्लोराइड र 6 महिना बाँच्नका लागि आवश्यक रूपमा सोलेन्टा म मेरो बच्चाको परीक्षाको दिनमा वा आवश्यकता अनुसार निर्धारित, पुनर्स्थापना भर्नेको रूपमा कुनै पनि अतिरिक्त दाँतको उपचार, आवश्यक भएमा फ्लोरोटोमी र क्षेत्रलाई सुन्न पार्न स्थानीय एनेस्थेटिक प्राप्त गर्न अनुमति दिन्छु। म बुझ्छु कि उपचारको क्रममा सोही दिन प्रक्रियाहरू परिवर्तन वा थप आवश्यक हुन सक्छ किनभने प्रारम्भिक परीक्षाको क्रममा पता नलागेका अवस्थाहरू फेला पर्न सक्छन् जसमा निम्न कुराहरू समावेश छन्: ठूला दाँत भर्नेहरू, स्टेनलेस स्टीलको मुकुट, फ्लोरोटोमी (बच्चाको दाँत जरा बाटै भर्ने), टाई र खरखावकर्ताहरू र दाँत निकाल्नेहरू (दाँत तान्ने)।	
	आर्थिक विवरण: कृपया ध्यान दिनुहोस् कि प्रदान गरिएको कुनै पनि उपचारले भविष्यमा तपाईंको बच्चाको निजी बीमा, स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमहरू र Medicaid अनर्गत प्राप्त गर्ने फाइदाहरूलाई असर गर्न सक्छ।	
	* कृपया ध्यान दिनुहोस्: तपाईंको बच्चाको दाँत भर्ने भन्दा बाहिरको उपचार चाहिन्छ, जस्तै स्टेनलेस स्टील क्राउन, फ्लोरोटोमी वा दाँत निकाल्ने, तपाईंबाट थप सहमति आवश्यक हुनेछ। तपाईंको बच्चाको School Smilesले प्रदान गर्न सक्ने भन्दा बाहिर उपचारको आवश्यकता छ भने, फेरल तपाईंलाई उपलब्ध हुनेछ।	
	म बुझ्छु कि School Smiles HIPAA गोपनीयता सूचनाको एउटा प्रतिलिपि मेरो बच्चाको भेटघाटमा प्रदान गरिनेछ र यसको प्रतिलिपि https://schoolsmiles.com/schools/forms/ मा पनि फेला पर्न सक्छ।	
	तल हस्ताक्षर गरेर, म नियमित दन्त सफाईको साथसाथै एक शैक्षिक वर्षको लागि कुनै पनि आवश्यक दन्त उपचारको लागि सहमति दिँदैछु र यो दाँत फारमलाई फ्याक्स, इमेल वा School Smiles मा मेल गर्न अनुमति दिन्छु।	
आमाबाबु/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____		
तपाईंको बच्चाको School Smiles द्वारा प्रदान गर्न सकिने भन्दा बाहिर उपचारको आवश्यकता छ भने, तपाईंलाई फेरल प्रदान गरिनेछ।		