



Fax: 888-781-5678 Correo electrónico: patientforms@schoolsmiles.com

Llamada sin costo: 1-855-497-6453

DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO NUEVO CADA AÑO ESCOLAR SI QUIERE QUE SU HIJO PARTICIPE

INSCRÍBASE HOY PARA VER AL DENTISTA EN LA ESCUELA

Complete y devuelva a la escuela o inscribese en línea: www.schoolsmiles.com/student-signup

PASO 1	INFORMACIÓN GENERAL DEL MENOR	
	Nombre legal del menor: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____ (encierre en un círculo) M F
	Dirección: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
	Escuela: _____	Condado: _____
	Grado: _____ Días que asiste: _____ N.º de salón de clases: _____	
	Padre/madre/tutor: _____ Teléfono: (____) _____	Doy mi consentimiento para recibir mensajes de atención médica de School Smiles.
	Correo electrónico: _____	

PASO 2	INFORMACIÓN DEL PAGO: (marque una opción) MEDICAID ☐ SEGURO PRIVADO ☐ SIN SEGURO ☐	
	1. Información de Medicaid: N.º de ID de 10 o 12 dígitos	
	Plan de atención administrado: _____	
	2. Seguro privado:	
	Nombre de la aseguradora DENTAL : _____ Tel. del seguro: _____	
	Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____	
	ID del suscriptor: _____ SSN del suscriptor: ____-____-____	
	3. Opciones de atención dental sin seguro:	
	☐ Opción de pago por cuenta propia: Si quiere que atiendan a su hijo de inmediato, tiene la opción de pagar la tarifa reducida de \$49 que cubre la limpieza, radiografías, flúor y examen. Los \$49 se deben pagar antes de que vean a su hijo por medio de una orden de pago o llamando al (1.855.497.6453) para hacer el pago por teléfono.	
	☐ Opción de subsidio: Los servicios dentales están disponibles en orden de llegada. **Solo disponible para los que no tienen seguro dental. Es posible que debe presentar más documentos para confirmar la elegibilidad económica**	

PASO 3	PREGUNTAS MÉDICAS IMPORTANTES:
	1. ¿Tiene su hijo alguna condición médica actual, como problemas cardíacos, convulsiones, alergias, etc.? Si respondió SÍ, escríbalas abajo. Si respondió NO, deje el espacio en blanco: _____

PASO 4	ES NECESARIO FIRMAR
	Yo, el padre/madre/tutor de _____, entiendo y autorizo para que los dentistas de School Smiles presten a mi hijo en la escuela los siguientes servicios, que incluyen: examen, radiografías, limpieza, flúor, fluoruro de diamina de plata y sellantes según sea necesario para los chequeos de 6 meses. También autorizo que mi hijo reciba, el mismo día del examen, o programado según sea necesario, cualquier otro tratamiento dental en la forma de empastes restauradores, con una pulpotomía si es necesario, y anestesia local para adormecer el área. Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos el mismo día debido a condiciones encontradas que no se descubrieron durante el examen inicial, que incluyen: empastes más grandes, coronas de acero inoxidable, pulpotomía (tratamiento de canal en dientes de leche), retenedores de espacio y extracciones (sacar el diente).
	DECLARACIÓN DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA: tenga en cuenta que cualquier tratamiento que reciba su hijo puede afectar los beneficios futuros que recibirá bajo el seguro privado, el programa de seguro médico y Medicaid. * Tome nota: si su hijo necesita más tratamientos aparte de los empastes, como coronas de acero inoxidable, pulpotomías o extracciones, usted DEBERÁ dar su consentimiento. Si su hijo necesita un tratamiento adicional a lo que School Smiles ofrece, se le dará una remisión.
	Entiendo que en la cita de mi hijo entregarán una copia del Aviso de privacidad según HIPAA de School Smiles y que también puedo encontrar una copia en https://schoolsmiles.com/schools/forms/ .
	Firmando abajo, doy mi consentimiento para las limpiezas dentales de rutina y cualquier tratamiento dental necesario durante un año escolar y autorizo que este formulario de inscripción se envíe por fax, correo electrónico o correo postal a School Smiles.
	Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____
	Si su hijo necesita un tratamiento adicional a lo que School Smiles ofrece, se le dará una remisión.