



Little Smiles New Jersey...los dentistas móviles ¡viene a hacer brillar tu sonrisa!

Por favor, devuelva esta forma al maestro de su hijo en los siguientes 2 días

- ☺ Firma requerida. La firma de consentimiento incluye **la visita inicial y el chequeo (siguiente visita) en 6 meses** cuando así sea necesario.
- ☺ El tratamiento preventivo puede incluir limpieza, exámen y fluoruro, rayos-X, y recomendación cuando sea necesario.*
- ☺ Seguros médicos como Medicaid y NJ Family Care cubren al niño en un 100%.

Información General de Salud **Por favor escriba con tinta y letras de molde**

Nombre de la escuela o programa: _____ Condado: _____
 Maestro: _____ /Grado: _____ Marque con un círculo los días que el niño asiste: L M M J V AM / PM
 Nombre del niño: _____
 Fecha de nacimiento del niño: _____ Género del niño: M F Fecha de última visita al dentista: _____
 El número de Seguro Social de su hijo: _____
 Nombre del Padre/Guardian: _____ Celular o Teléfono: () _____
 Dirección: _____ Ciudad/Código Postal: _____
 Relación con el niño: _____ E-MAIL: _____

Su hijo ha tenido una historia de, o condiciones relacionadas con cualquiera de los siguientes. Explique abajo: **NINGUNO**

Asma	S	N	Alergia del láte	S	N	Soplo del corazón (lo que no requiere medicación antes de tratamiento)	S	N	Alergias - ¿Qué?	S	N
Hemofilia	S	N	Diabetes	S	N	Soplo del corazón (lo que requiere medicación antes de tratamiento)	S	N	Otro	S	N
Desorden de sangre	S	N	Hepatitis	S	N	VIH/SIDA	S	N			
Problemas dentales- Explique abajo	S	N	Recambio de válvula del corazón	S	N	Desvío de la corriente sanguínea o articulación artificial	S	N			

*** IMPORTANTE: Escriba abajo todas las medicaciones que toma su hijo/a, su historial médico, y problemas dentales o con su salud. Adjunte otra hoja si es necesario. Por favor llene una hoja de permiso nueva a la visita después de los seis meses si haya cambios en el estado médico o dental de su hijo/a.**

Información de Seguro Medicaid/NJ Family Care

Aceptamos Medicaid, NJ Family Care y la mayoría de seguros privados.

Los 16 dígitos de CCN: 7 7 7

Nombre de seguro privado dental (además de Medicaid): _____ Teléfono: _____
 Número de Grupo: _____ Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____
 Nombre de la persona que asegura al niño: _____ FECHA DE NACIMIENTO del subscritor: _____
 El número de Seguro Social de la persona responsable: _____ Número del contrato/identificación: _____
 Seguro secundario: Nombre del Seguro: _____ Nombre del Que Tiene el Seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de ID: _____ Número del Trabajo: _____ Teléfono de seguro: _____

No Medicaid o Seguro Dental **Solo Cheque UN Recuadro**

- Puedo pagar el costo entero por una limpieza, un examen, y una aplicación de fluoruro por visita. Edad - 15 años o menor: **\$94.00**
Edad - 16 años o mayor: **\$118.00**. Favor de hacer un cheque o giro postal pagado a **Little Smiles New Jersey** y engraparlo a la forma.
- Necesito para pagar por un servicio subvencionado porque puedo no pagar el coste completo. Cubrirá una limpieza, un examen, y una aplicación de fluoruro por visita. Edad - 15 años o menor: **\$78.00** Edad - 16 años o mayor: **\$98.00**
Favor de hacer un cheque o giro postal pagado a **Little Smiles New Jersey** y engraparlo a la forma.
- Marque aquí si Ud. Necesita ayuda financiera para el pago parcial de la compañía de seguro si existe. La mayoría de los seguros dentales cubre el 100% del costo para servicios dentales preventivos.
- Marque aquí si Ud. No tiene seguro dental **Y** necesita asistencia financiera completa. Enviaremos una aplicación de beca. Becas están disponibles sólo una vez por año.

IMPORTANTE: Padre/Guardian Se Requiere su Firma

Soy la persona en custodia o el guardian legal del menor citado anteriormente. Autorizo y consiento que el menor reciba el tratamiento dental* descrito anteriormente y permito a la enfermera de la escuela/representantes de la escuela y/o un dentista escogido por mí para obtener la información dental del menor y rayos-X. Autorizo a Little Smiles New Jersey P.C. cobrar a mi favor o del menor, y coleccionar pagos de cualquier compañía de seguros u otra tercera persona que cobra los gastos del servicio proveído a este menor. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento que el menor reciba. Reconozco haber sido notificado del recibo de prácticas privadas antes de firmar. Entiendo que este hijo/hija recibirá los resultados del examen dental en un boletín de salud oral dado al niño/niña el día del tratamiento. Si yo no reciba el boletín de salud oral, o necesite otra copia, llamaré al número de teléfono abajo.

X FIRME AQUI _____ Fecha: _____

Si su hijo tiene un dentista, quizá usted desee continuar con los servicios de éste. Para evitar servicio dental o duplicación de beneficios, por favor informe al su dentista sobre los servicios que la escuela le ha proveído (ver tarjeta de informes de salud oral proveída después de la visita del dentista a la escuela, la cual indica los servicios proveídos).