



MOBILE SMILES CEDULA DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Es requerido llenar cualquier espacio o línea marcado por un * ya que sin esta información será imposible para Mobile Smiles proporcionar el tratamiento necesario para su hijo/a.

*Nombre del Estudiante:

Apellido : _____ Nombre de pila: _____ La letra inicial del segundo nombre: _____

*Otros niños inscritos en la escuela : _____

*Marque uno : (Masculino / Feminina) *Fecha de nacimiento del estudiante (mes/día/alto): ____ / ____ / ____

*Email : _____

*Teléfono de Casa: (____) _____ *Celular : (____) _____ Trabajo: (____) _____

*Nombre del Professor: _____ *Grado: _____ *Escuela: _____

*Direccion de casa del estudiante:

Calle Ciudad Estado Código postal

*Nombre del Padre/ Guardian : _____ * Relación al estudiante: _____

*Por favor, marque la casilla a la derecha si a usted, el padre/ guardian le gustaria, estar presente. ____ Sí

PREGUNTAS MEDICATES

*Dentista del esudiante : _____ *Fecha de la última limpieza: _____

*Doctor del estudiante : _____

*Tiene alergias el estudiante? (también incluyendo al látex) Sí No No sé
Si lo tiene, por favor, explica aquí: _____

*Alguna vez su hijo ha sido diagnosticado con fiebre reumática? Sí No No sé

*Ha sufrido de un reemplazo de articulación artificial? Sí No No sé

*Tiene la anemia de células falciformes en la actualidad? Sí No No sé

*Liste los problemas graves de la salud que el estudiante tiene en actualidad: _____

*Liste los medicamentos/tratamientos que el estudiante esta tomando: _____

INFORMACIÓN DE PAGO

*Hay que completar las Secciones A, B, o C y firmar abajo

A. MEDICAID ID de Medicaid: _____ (el numero de Medicaid de estudiante or CHP+ numero): _____

B. SEGURO DENTAL Nombre del padre o tutor que tiene seguro _____
Nombre del Seguro Dental: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento del asegurado primario (mes/día/año): ____ / ____ / ____ Nombre de la empresa para la que trabaja la persona asegurada: _____ ID de Seguro: _____

Telefono de la Compania de Seguros: (____) _____ Numero de grupo: _____

C. Mi hijo no tiene seguro Dental o Medicaid, entonces, voy a asumir la responsabilidad de pago.

*Solicito y autorizo a Mobile Smiles y a higienistas dentales autorizados a realizar cualquier procedimiento dental preventivo en mi hijo. Entiendo que los servicios preventivos no reemplazan un examen realizado por un dentista autorizado. Además, entiendo que si mi hijo no está inscrito en Medicaid u otro seguro dental, soy financieramente responsable del pago completo. Solicito y autorizo la divulgación de cualquier información en este formulario y adquirida en el curso del tratamiento para pago, fines de derivación y para todo el personal escolar apropiado según lo considere necesario Mobile Smiles.

*Firma del Padre/Guardian (Para se valida, hay que firmar aquí)

*Fecha

ESTE CONSENTIMIENTO SERÁ VÁLIDO PARA TODA LA ESCUELA