Help A Child Smile
Programa Dental Móvil

Buenas Noticias! El programa dental de Help A Child Smile se ha asociado con la escuela de su hijo(a) para ofrecer servicio completo de cuidado dental en la escuela.

ENGLISH ON REVERSE

Fácil y Conveniente... Su hijo(a) tiene algún dentista regular? Si la respuesta es no, y su hijo(a) no a visitado un dentista dentro de 12 meses, el o ella es elegible para inscribirse.

SI SU HIJO(A) YA TIENE UN DENTISTA, LE SUGERIMOS QUE SIGA EL TRATAMIENTO CON SU DENTISTA NORMAL.

CUIDADO DENTAL COMPLETO

Nuestro Servicio Completo de Cuidado Dental incluye: Un examen completo, radiografías, limpieza, fluoruro, sellantes, y tratamiento de caries cuando sea necesario.

Escuela: _____ **Condado:** _____

Nombre del Estudiante: _____ **M**____ **F**____ **Fecha de Nacimiento:** ____/___/____

Teléfono: (___)_____ **2do Teléfono:** (___)_____ **Celular:** (_____) _____

Dirección:_____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Email: _____ **Grado:** _____ **Nombre de Maestro(a):** _____

☐ **Mi hijo(a) tiene Medicaid/Peachcare**

llene los 12 digitos del # de Medicaid → ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Medicaid y Peachcare cubre el 100% del tratamiento.

☐ **Mi hijo(a) tiene Seguro dental privado:** **Nombre de la Compañía:**_____ **Número de Teléfono de la Compañía:** _____

Nombre del Asegurado Primordial:_____ **Fecha de Nacimiento del Asegurado Primordial:** _____

Numero de Póliza o Seguro Social del Asegurado Primordial: _____ **Empleador:**_____

☐ **Nino(a) No tiene Aseguranza: (círule uno) Cheque, Targeta de Credito o Giro Postal**

HISTORIA MEDICA DEL NIÑO

Selecciones las condiciones que apliquen a su niño(a)

- ☐ Problemas dentales recientes
- ☐ Alergia a algún medicamento u otra cosa
- ☐ Asma o Problemas de respiración
- ☐ Fiebre Reumática
- ☐ Diabetes
- ☐ Hemofilia o problemas de sangrado
- ☐ Embarazada
- ☐ Celula de la Oz
- ☐ Anemia / Desmayos
- ☐ Ataques epiléticos
- ☐ Problemas del Riñon / Hepatitis
- ☐ Problemas del Hígado
- ☐ HIV/SIDA
- ☐ Cáncer
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Enfermedades Transmisibles
- ☐ Requiere Acceso a Silla de Ruedas
- ☐ Condición del Corazón (describa hacia abajo)

_____

_____

Notifíquenos de cualquier cambio en el historial medico. Es impórtante tener el historial medico y dental mas preciso y reciente para poder proveer un examen y evaluación dental adecuado.

Lista de alergias a algún medicamento u otra cosa:_____

Nombre y # de Teléfono del Doctor:_____/_____

Use el espacio de abajo para darnos información adicional sobre la salud de su niño, incluyendo cualquier tratamiento que este recibiendo, alguna otra enfermedad de significado, uso de alcohol o tabaco (incluyendo el que no se fuma). Liste todos los medicamentos que esta tomando. O si su hijo(a) necesita tomar medicamento antes de recivir tratamiento dental.

_____

LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a Mark Shurett, DDS, PC (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño mencionado arriba del cual **soy el padre custodio o tutor legal:** examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x y sellantes. Autorizo al dentista a que atienda cualquier carie o poner una corona de acero inoxidable sobre el diente si es necesario. Autorizo al proveedor a extraer cualquier diente del problema (dientes de leche solamente) o a proveer una endodoncia (retiro del nervio adentro del diente) cuando sea necesario. Entiendo que existen riesgos al recibir tratamientos dentales incluyendo inflamación o dolor que puede ocurrir de la inyección de la anestesia o una reacción alérgica. (Para información adicional sobre los riesgos del tratamiento dental y tratamientos alternativos por favor llame al número de abajo.) Autorizo y dirijo al Proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, seré facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. He recibido la notificación de prácticas privadas adjunta a esta hoja de consentimiento y consiento la divulgación de los expedi- entes médicos como descrita en la misma.

Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefonicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporciono en esta forma de consentimiento.

Con mi firma autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la visita inicial dental y las próximas visitas que sean requeridas según sus necesidades dentales. Yo puedo retirar mi consentimiento en cual quier momento por escrito a la dirección de abajo.

FIRME AQUI _____ _____ _____

NOMBRE IMPRESO **FECHA**

Para su privacidad doble y asegure.

Visítenos en: hcsga.com Teléfono: (800) 770-0388 Fax: (855) 413-8142
Mark Shurett, DDS, PC 1806 Overlake Dr., Conyers, GA 30013

©Mark Shurett, DDS, PC, 2015 GA-COMPR-009 7/16