



Smile 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 los chequeos (siguiente visita) en 6 meses** cuando así sea necesario.
- 😊 El tratamiento se limita a exámenes dentales, limpiezas, aplicación de fluoruro, rayos-X y selladores dentales*. Todos los servicios profesionales son llevados a cabo por el personal licenciado New Jersey de dentistas e higienistas; manejados por Little Smiles New Jersey P.C.
- 😊 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: _____ Salón #: _____

Nombre del niño: _____

(Nombre)

(Inicial)

(Apellido)

Fecha de nacimiento del niño: _____ Género del niño: M F Fecha de última visita al dentista: _____

(Mes)

(Día)

(Año)

El número de Seguro Social de su hijo: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Celular o Teléfono: () _____

Dirección: _____ Ciudad/Código Postal: _____

Relación con el niño: _____ E-MAIL: _____

Marque con un círculo los días que el niño asiste: L M M J V AM / PM Día entero Head Start

Su hijo ha tenido una historia de, o condiciones relacionadas con cualquiera de los siguientes:

- Asma Desorden de sangre Diabetes Hepatitis Soplo del corazón (lo que no requiere medicación antes de tratamiento) Desvío de la corriente sanguínea
- Hemofilia Alergia del látex Alergias Recambio de válvula Soplo del corazón (lo que requiere medicación antes de tratamiento) o articulación artificial
- VIH/SIDA Otro (describe)

*** IMPORTANTE: Escriba las medicaciones que toma su hijo/hija y cualquier problema de salud que tiene ahora o en el pasado. Adjunte otra hoja si es necesario. POR FAVOR INFORMENOS A LA VISITA DESPUÉS DE LOS SEIS MESES SI HUBO CAMBIOS EN LA HISTORIA MEDICA LLENANDO UNA NUEVA FORMA DE PERMISO.**

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 la compañía de seguro privados dental (además de Medicaid): _____ Teléfono: _____

Número de Grupo: _____ Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre de la persona que asegura al niño: _____ FECHA DE NACIMIENTO del suscriptor: _____

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 **Smile 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 **Smile 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 mi 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 Aquí _____ Fecha: _____

(Padre/Guardian)

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 a 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).

* Radiographs are taken & sealants applied at dentist's discretion. In cases where additional dental care is required for restorative and/or other dental needs, the parent/guardian must follow up with a dentist of their own choosing.