

Formulario de Consentimiento Dental



Dental Safari Company
 7562 Old Rt 13
 Marion, IL 62959
 (618) 993-8333
 (618) 993-8335 fax
 contact@DentalSafariCompany.com

Escuela _____ Nivel de Grado _____
 Condado _____ Maestro _____

¡Ahora! Puede llenar / Presentar en línea!!

Padre / Tutor

DENTAL SAFARI COMPANY, una licencia completa, corporación profesional, estará en la escuela de su hijo. Al firmar este formulario de consentimiento, su hijo recibirá un examen visual (sin rayos X) por un dentista con licencia, una limpieza, tratamiento de fluoruro y selladores según sea necesario.

Todos los niños tienen derecho. Por favor, seleccione el método de pago que usar: (Marque Uno)

- Medicaid / All Kids (nueve dígitos de identificación requerido)
- Grant Fund – Niño se encuentra en el programa de almuerzo gratis o reducido pero **no tiene número de tarjeta médica.**
- Seguro Privado – Más seguro privado paga el 100% de los servicios que realizamos. (pregunta: llame a (618) 993-8333)
- Efectivo o Cheque de pago (**elija uno**) **Precio Completo** \$128[debido a formulario de consentimiento]
- Credit Card / PayPal (go to website) **Cuota Reducida** (\$75 total. [Debe firmar la declaración abajo])

www.DentalSafariCompany.com

Declaración Pago Efectivo/Tasa Reducida Renuncia

Por razones financieras, padre/tutor no puede pagar el precio completo de servicios dentales.

 (imprimir el nombre)

 firma

 fecha

Nombre del niño _____ Masculino Femenino Cumpleaños ____ / ____ / ____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Aceptar al texto?
 Celular: _____ Sí No e-mail: _____

Está niño elegible para almuerzo gratis o precio reducido? Sí No 9 dígitos en el reverso de la tarjeta

Medical Card KidCare / All Kids Card RECIPIENT ID# _____

¿El niño tiene seguro privado? Sí No

Titular de la tarjeta principal Nombre _____ Teléfono _____ Empleador _____

Primaria Dirección _____

Primaria: Cumpleaños ____ / ____ / ____; Primaria Soc. Sec. #: _____ - _____ - _____

Compañía de seguro DENTAL _____ Compañía Aseguradora Teléfono _____

Member ID#: _____; Group #: _____

Sí No **NECESIDAD DE PRE-MEDICACIÓN?** – Qué niño necesita medicación previa **con antibióticos** para el tratamiento dental?

**** En Caso Afirmativo** – Por favor llame a nuestra oficina: (618) 993-8333

HISTORIA DE SALUD – IMPORTANTE. Debe Ser Completado

Has your child had any history of the following? **Check ALL that apply:**

- AD/HD trastornos de lasangre Diabetes Corazón Sangrado o trastornos de la sangre
- Alergias (estacional) Cáncer Dolores de oído Soplo cardíaco cirugías
- Asma parálisis cerebral Problemas de crecimiento Embarazo Tabaco/El uso de drogas
- Autismo sinusitis crónica Audición Convulsiones Otros

Otra (lo ha indicado previamente) por favor describa: _____

Sí No **Es niño alérgico a algún medicamento? indique** _____

Sí No **Es hijo de tomar cualquier medicamento en este momento?** _____

Sí No **Su hijo ha sufrido alguna vez lesiones en la boca, la cabeza o los dientes?** _____

Sí No **Tiene la casa del niño agua de pozo?** _____

Nombramiento de seis el mes?

Me volvamos en seis meses, le gustaría que su chil para recibir un examen dental, limpieza, tratamiento de flúor y sellantes en ese momento así?

Sí No

Indeciso, le gustaría obtener más información

** La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) recomienda que los niños visitan al dentista por lo menos cada seis meses (dos veces al año)*

Opcional: Foto Video de lanzamiento para el niño menor de edad

 Padre / Tutor

 Niño

Yo, como padre o tutor del niño o por encima de, doy permiso para Dental Safari Company para tomar y utilizar unas fotos o videos en el material promocional sin compensación.

NOTA: El nombre de su hijo no va a ser utilizado a menos que se permiso adicional.

 Firma

IMPORTANTE: PADRE / TUTOR SE REQUIERE LA FIRMA

Soy un padre o tutor legal del menor nombrado arriba. Autorizo y consiento a este niño que recibe el tratamiento dental descrito, y permitir que el representante de la enfermera de la escuela / escuela y el acceso de proveedores dentales de registro dental del niño.

FIRMA _____ **(RELACIÓN AL NIÑO)** _____ **FECHA** _____

* Al firmar, usted da permiso para tratar a su hijo y entender sus derechos HIPPA

[Póngase en contacto con nosotros para una explicación de los derechos HIPPA: (618) 993-8333. Podemos enviarle información.]

* También se da el permiso para HFS, auditorías de control de calidad y los proveedores de regresar a la escuela y volver a comprobar los selladores de su hijo.