



¡Smile Illinois!

¡Mobile Dentists viene a hacer brillar tu sonrisa!

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

- ☺ **Se necesita su firma antes de poder recibir tratamiento.**
- ☺ El tratamiento se limita a exámenes dentales, limpiezas, aplicación de fluoruro, y selladores dentales. Todos los servicios profesionales son llevados a cabo por el personal licenciado Illinois de dentistas e higienistas; manejados por Smile Illinois, LLC.
- ☺ Seguros médicos como *Medicaid* y *All Kids* 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) (Initial) (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: _____ 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

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

- Murmullos de corazón Desorden de sangre Diabetes Hepatitis
- Alergia del láte Alergias Asma Hemofilia

*** IMPORTANTE:** Enliste cualquier problema de salud de su hijo incluyendo medicamento. *Adjunte otra hoja si es necesario.*

Información de Seguro Medicaid/All Kids

☺ Aceptamos *Medicaid*, *All Kids* y la mayoría de seguros privadas.

Los 9-dígitos de identificación del Medicaid del niño: _____

Nombre de la compañía de seguro 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 de **\$73** por una limpieza, un examen, y una aplicación de fluoruro por visita.
Favor de hacer un cheque o giro postal pagado a **Smile Illinois LLC** y engraparlo a la forma.
- Necesito para pagar **\$67** por un servicio subvencionado porque puedo no pagar el coste completo. Cubrirá una limpieza, un examen y una aplicación de fluoruro.
Favor de hacer un cheque o giro postal pagado a **Smile Illinois, LLC** 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.

IMPORTANTE: Padre/Guardian Se Requiere su Firma

Soy la persona en custodia o el guardián 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 a un dentista escogido por mi para obtener la información dental del menor. Autorizo a Smile Illinois, LLC cobrar a mi favor o del menor, y coleccionar pagos de cualquier compañía de seguros u otra tercera persona que cubra 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.*

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).

* 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.