Spanish

School Smiles
On-site Dental Care

Fax: 888-781-5678 Correo electrónico: cwright@schoolsmiles.com Línea directa gratuita: 1-855-497-6453

SI DESEA QUE SU HIJO PARTICIPE, DEBE LLENAR UN NUEVO FORMULARIO PARA CADA AÑO ESCOLAR

¡INSCRÍBASE HOY MISMO PARA QUE LO ATIENDA UN DENTISTA EN LA ESCUELA!

Rellene la siguiente información y envíela a la escuela o inscríbase en línea: www.schoolsmiles.com/student-signup

PASO 1 — INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO

Nombre legal del niño:_____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Escuela:_____ Condado:_____ Grado:_____ Clase n.º:_____

Nombre del padre/tutor:_____ Teléfono:(____)_____

N.º de Seguro Social del niño: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Correo electrónico:_____

PASO 2 — INFORMACIÓN DE PAGO: (marque con un visto) MEDICAID ☐ SEGURO PRIVADO ☐ SIN SEGURO ☐

1. **Información de Medicaid:** n.º de identificación de 10 o 12 dígitos ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

   Plan de Cuidado Médico Administrado: _____

2. **Seguro privado:**

   Nombre de la compañía **ODONTOLÓGICA** aseguradora:_____ Teléfono: _____

   Nombre del afiliado:_____ FDN del afiliado:____/____/____

   Identificación del afiliado:_____ Número de seguro social del afiliado:___-___-___-___-___-___-___-___-___

3. **Opciones para personas sin seguro odontológico:**

☐ **Opción de pago por cuenta propia:** si desea que atiendan a su hijo de inmediato, cuenta con una opción de pago de **cuota reducida de $49** que cubre la limpieza, los rayos X, la aplicación de flúor y los exámenes. **La cuota de $49 debe pagarse antes de que su hijo sea la atendido, a través de un giro postal o llamando al (1.855.497.6453) para pagar por vía telefónica.**

☐ **Opción de solicitud de subsidio: los servicios odontológicos gratuitos estarán disponibles en el orden en el que se reciban las solicitudes.**

PASO 3 — PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD:

1. ¿Actualmente su hijo tiene alguna afección médica, tal como problemas cardíacos, trastornos convulsivos, alergias, etc.? En caso afirmativo, indíquelos a continuación.

   En caso NEGATIVO, no llene este espacio:_____

   _____

PASO 4 — FIRMA REQUERIDA

Yo, el padre/tutor _____ entiendo y otorgo mi autorización a los odontólogos de School Smiles para que le brinden a mi hijo los siguientes servicios en la escuela: exámenes, rayos X, limpiezas, tratamientos con flúor y colocación de sellantes, según sea n necesarios, durante los controles semestrales. Asimismo, autorizo a que mi hijo reciba el trat amiento odontológico requerido en su cuidado de seguimiento, el cual puede incluir la colocación de empastes y anestesia loca l para adormecer el área. Entiendo y estoy de acuerdo con que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir otro s pr ocedimientos debido a la posible existencia de afecciones que no fueron descubiertas durante el examen inicial, tales como la necesidad de colocar empastes más extensos o hacer una pulpotomía (conducto radicular en dientes de leche). Entiendo que , si en al gún momento mi hijo requiere una corona de acero inoxidable o una extracción, se exigirá una autorización adicional.

ESTADO FINANCIERO: Tenga en cuenta que cualquier tratamiento que se brinde podría afectar los beneficios futuros que su hijo reciba a trav és de su seguro privado, del programa de seguro, de Medicaid y del programa Hoosier Healthwise. En el reverso de este formulario se incluye una copia de l a notificación de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Ins urance Portability and Accountability Act, HIPAA) de School Smiles. Al firmar también reconozco que entiendo que se me entregará una copia del presente formulario en la consulta de mi hijo y que puedo solicitar una copia adicional al llamar al número 1.855 .497.6453.

Al firmar a continuación, acepta que se efectúen las limpiezas dentales de rutina y los tratamientos odontológicos necesarios durante el año escolar:

Firma del padre/tutor:_____ **Fecha:** _____

Si su hijo amerita un tratamiento que no pueda ser ofrecido por School Smiles, se le entregará una remisión.