



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

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

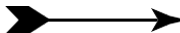
¡INSCRÍBASE HOY MISMO PARA QUE LO ATIENDA UN DENTISTA EN LA ESCUELA!

Rellene la siguiente información y envíela a la escuela o inscríbese 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Correo electrónico: _____

PASO 2		INFORMACIÓN DE PAGO: (marque con un visto) MEDICAID <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO <input type="checkbox"/> SIN SEGURO <input type="checkbox"/>
1. Información de Medicaid: n.º de identificación de 10 o 12 dígitos		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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:		
<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> 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 necesario, durante los controles semestrales. Asimismo, autorizo a que mi hijo reciba el tratamiento odontológico requerido en su cuidado de seguimiento, el cual puede incluir la colocación de empastes y anestesia local para adormecer el área. Entiendo y estoy de acuerdo con que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir otros procedimientos 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 algún 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 través 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 la notificación de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance 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: _____
<i>Si su hijo amerita un tratamiento que no pueda ser ofrecido por School Smiles, se le entregará una remisión.</i>		