

DENTAL CONSENT FORM



Escuela _____ Nivel de Grado _____

Condado _____ Maestro _____

Nombre del niño _____ Masculino Femenino

Celular (Teléfono) _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

e-mail _____

Dirección, Ciudad, Código Postal _____



Medicaid / Hoosier Healthwise (# de identificación requerido)

ENVÍE UNA FOTO de su tarjeta Hoosier Healthwise a MyCard@DentalSafariCompany.com

Medical Card / Hoosier Healthwise # de RID _____
(12 dígitos)



Seguro Privado

ENVÍE UNA FOTO de su tarjeta Seguro Privado a MyCard@DentalSafariCompany.com

Nombre de la Compañía de Seguros _____ Empleador _____

Titular de la tarjeta principal Nombre _____ Teléfono _____

Dirección primaria _____

Primario: Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____; # de Seguro Social : ____ - ____ - ____

Compañía de seguro DENTAL _____

Member ID#: _____ # de Grupo: _____

Sin Seguro – Servicios a precio reducido. Paga \$75 via PayPal sitio web: DentalSafariCompany.com

Servicios provisionales (basados en las necesidades) – Sin Cargo – califica para almuerzo gratis o reducido y sin seguro

Sí No ¿Revisión de seis meses? – examen, limpieza, tratamiento de fluoruro, selladores, y SDF (Tratamiento tópico de caries)

HISTORIA DE SALUD – MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- AD/HD trastornos de la sangre corazón desorden del habla Alergias Asma parálisis cerebral
- problemas de crecimiento embarazo Tabaco/El uso de drogas Autismo sinusitis crónica Audición
- Otro: _____

¿Le han dicho que su hijo necesita antibióticos antes de los procedimientos dentales? Sí No

¿El niño tiene alergia a algún medicamento? indique _____

¿El niño está tomando algún medicamento en este momento? _____

Padre/Tutor: DENTAL SAFARI COMPANY, con licencia, corporación profesional, estará en la escuela de su hijo. Al firmar este formulario de consentimiento, su hijo recibirá un examen por un dentista con licencia o por un PHDH (Higienista dental de salud pública), una limpieza, tratamiento de fluoruro, selladores según sea necesario y SDF (Tratamiento tópico de caries) Al firmar, usted da permiso para tratar a su hijo y entiende sus derechos HIPAA– revisa www.DentalSafariCompany.com

IMPRIME NOMBRE

Relación al niño

FIRMA

Fecha