



FORMULARIO DE REFERENCIA

Programa de Salud Oral del NCSD

Devuelva el formulario completo a: smilesquad@nclack.k12.or.us
(para estudiantes de NCSD)

Fecha de solicitud: _____

Persona que refiere al estudiante: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____

Escuela: _____ **Maestro:** _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tiene el estudiante seguro dental: OHP Otro seguro dental Ninguno

Motivo de la remisión (marque todos los que correspondan):

El estudiante tiene dolor dental? Si No

Tiene el estudiante: hinchazón / absceso diente / dientes rotos dolor

Asistencia necesaria (marque todas las que correspondan):

Encontrar un dentista

Registrarse en un seguro dental (ayuda de navegación)

Otro _____