

Estimado Padre/Tutor:

Dental Access Carolina ofrece servicios dentales generales completos in situ en la escuela de su hijo. Nuestras clínicas móviles están equipadas con todo lo necesario para proporcionar un tratamiento dental preventivo y reparador. **Si su hijo está inscrito en Medicaid SC, ¡no hay costo para usted!** También aceptamos seguros privados de todas las principales aseguradoras.

Un equipo de profesionales, **dirigido por un médico experimentado**, visitará la escuela regularmente durante todo el año escolar para proporcionar servicios dentales, incluidos exámenes, radiografías, limpiezas, empastes y más. Recibirá un informe detallado de cualquier tratamiento que reciba su hijo después de cada visita.

Sí - quiero que mi hijo reciba atención dental de Dental Access Carolina

- Soy el tutor legal de mi hijo
- Entiendo y acepto la información en este formulario

Firme este formulario, complételo al frente y al reverso y devuélvalo a la maestra o enfermera de la escuela

No – no quiero que mi hijo reciba atención dental de Dental Access Carolina

Nombre completo del niño: _____

Escriba el nombre de su hijo arriba, luego devuelva este formulario al maestro o enfermera de la escuela de su hijo

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre Impreso de la Persona que Completa el Formulario _____

Si marcó **"Sí"**, complete el cuadro azul a continuación Y el historial médico en la parte posterior. **FIRME** el formulario y regrese a la escuela!

Nombre Completo del Niño _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) ____ / ____ / ____

Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

SC Medicaid # _____ (Incluya **TODOS los 10 dígitos**)

O

Compañía de Seguros _____ Ins Co Teléfono _____

Nombre del suscriptor _____ ID del suscriptor _____

Número de seguro social del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor (mm/dd/aa) ____ / ____ / ____

Empleador _____

Nombre del grupo _____ # del grupo _____

Relación del paciente con el suscriptor: [] Yo [] Cónyuge [] Hijo

Nombre del padre o tutor _____ Teléfono _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección de correo electrónico _____ ¿Consentimiento para contactar por correo electrónico? Sí No

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

POR FAVOR COMPLETE LA HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA.

Entiendo y autorizo a Dental Access Carolina, LLC ("Proveedor") a proporcionar atención y tratamiento dental para el niño mencionado anteriormente, y certifico que estoy autorizado para dar dicho consentimiento. Entiendo que los tratamientos dentales que se pueden proporcionar generalmente pueden incluir exámenes dentales, radiografías, limpiezas, selladores dentales, tratamientos con flúor, empastes, extracciones, pulpotomías y tratamientos de conducto radicular. Entiendo y me han informado que, como con cualquier tratamiento dental, estos procedimientos pueden implicar cierto riesgo de complicaciones, y que se puede encontrar una lista de tales complicaciones potenciales en www.dentalaccesscarolina.com/FAQ. Autorizo y ordeno al proveedor que facture y cobre el pago de Medicaid, seguro o cualquier otro pagador. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información que ayude en el tratamiento o en el procesamiento de reclamos por servicios prestados. Si tengo un seguro dental privado, entiendo que soy responsable de cualquier saldo considerado responsabilidad del paciente / no pagadero / no cubierto por el seguro. Entiendo que se pueden tomar fotografías con fines educativos o de documentación y doy mi consentimiento. He proporcionado un formulario de historial médico actualizado al Proveedor (consulte la página inversa). El proveedor está autorizado a confiar en dicho formulario de historial médico hasta que se le notifique cualquier cambio por escrito. Este consentimiento firmado autoriza el tratamiento de mi hijo en las visitas dentales iniciales y futuras de mi hijo. Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento antes del tratamiento por escrito.