



NM SMILES

FORMA DE PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES

Por favor seleccione una de las opciones: Sí o NO

NO No deseo recibir servicios dentales de parte de NM Smiles servicios dentales

Nombre del Niño/ de la Nina _____

Firma de los Padres y Fecha _____

Grado _____

NO LLENE EL RESTO DE ESTA FORMA

Sí Deseo recibir servicios dentales de parte de NM Smiles servicios dentales

Nombre del Niño/ de la Niña _____

Firma de los Padres y Fecha _____

Grado _____

Mi hijo/a NO tiene Medicaid. Provéale de un examen gratis _____

Mi hijo/a tiene Medicaid _____

Nombre del/ de la Niño/a _____

Numero de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la Madre (letra de molde) _____

Teléfono _____

Nombre del Padre (letra de molde) _____

Teléfono _____

Nombre del/ de la Niño/a (letra de molde) _____

Sexo _____

Dirección Completa _____

Escuela del/de la Niño/a _____

Grado/Maestro/a _____

PERMISO PARA SERVICIOS DENTALES:

- | | |
|---|---------------|
| 1. Desea que su hijo/a tenga examen dental con radiografías ¿ | Sí____ No____ |
| 2. Desea que su hijo/a le den una limpieza dental ¿ | Sí____ No____ |
| 3. Le podemos aplicar fluoruro topico después de limpieza para prevenir caries ¿ | Sí____ No____ |
| 4. Le podemos aplicar sellador o empastadura en la superficie de los dientes molares para prevenir Caries ¿ | Sí____ No____ |

POR FAVOR COMPLETE LA PARTE DE ATRAS DE ESTA FORMA