

DENTAL CONSENT FORM



Escuela \_\_\_\_\_ Nivel de Grado \_\_\_\_\_

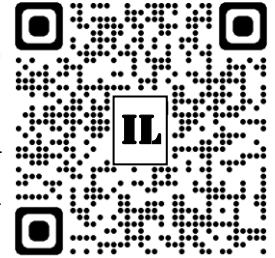
Condado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Celular (Teléfono) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Dirección, Ciudad, Código Postal \_\_\_\_\_



Medicaid / All Kids ( # de identificación requerido)

ENVÍE UNA FOTO de su tarjeta All Kids a [MyCard@DentalSafariCompany.com](mailto:MyCard@DentalSafariCompany.com)

Medical Card / All Kids # de RID

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(9 dígitos)



Seguro Privado

ENVÍE UNA FOTO de su tarjeta Seguro Privado a [MyCard@DentalSafariCompany.com](mailto: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](http://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](http://www.DentalSafariCompany.com)

IMPRIME NOMBRE

Relación al niño

FIRMA

Fecha