

MHS MOBILE DENTAL * DENTAL SCREENING CONSENT FORM

Office Address: 1904 Lakeland Dr., Suite C, Jackson, MS 39216

Office: 844-737-7331 Fax: 877-737-7331 * Web: www.mhsmobiledental.com

PLEASE COMPLETE and RETURN THIS FORM ON THE NEXT DAY OF SCHOOL

Es muy importante que los niños vean a un dentista en forma regular para mantenerse saludable y evitar el dolor de muelas, las caries y otros problemas para que estén mejor preparados para aprender. Su hijo tendrá ahora la oportunidad de recibir un **examen dental, limpieza, fluoruro y sellantes** a través de este programa de difusión dental móvil en la escuela. La clínica móvil será instalada en la escuela de su hijo durante el año escolar. La forma de consentimiento rige para todo el año escolar. Después de la visita de su hijo, recibirá una declaración para llevarse a casa que enumera servicios realizados y cualquier otra información adicional. Si usted tiene preguntas, por favor llame a uno de los números que aparecen arriba o visite mhsmobiledental.com. * Una forma separada es necesario para cada uno de sus hijos.

* INFORMACIÓN PACIENTE

NOMBRE DE NIÑO _____ DEL NIÑO FECHA DE NACIMIENTO _____ GRADO _____

SEXO ___ M ___ F TELÉFONO _____ MAESTRO _____ ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ Zip _____

* INFORMACIÓN SEGUROS (Marque uno)

_____ MEDICAID / CHIP de MS / MS CAN (* ID Número _____)

_____ Privado Seguro DENTAL (* Política/ID Número _____ Número de Grupo _____)

_____ No tiene Seguro DENTAL

* SALUD HISTORIA INFORMACIÓN

- Ha tenido su hijo algún problema de salud serio a continuación: (por favor marque los que correspondan)
___ Diabetes ___ Asma ___ Problemas de comportamiento ___ Anemia ___ Sickle celular
___ Otro (explicar) _____
- ¿Su hijo es alérgico a cualquier alimento o medicamento? Si es así, indíquelo _____
- ¿Esta su hijo tomando actualmente algún medicamento? Si es así, indíquelo _____
- ¿Es su hijo alérgico a la? ___ Látex _____acrílico/plástico
- ¿Su hijo tiene cualquier dolor dental? ___ Si ___ No Si, cuanto tiempo _____
- Si su hijo actualmente ve a un dentista, su nombre: _____
Fecha de última visita dental: _____

PADRE O TUTOR LEGAL DEBEN FIRMAR ANTES QUE EL NIÑO PUEDA PARTICIPAR

Al firmar a continuación, el padre o tutor legal está diciendo **SÍ**, autorizo a un dentista del estado con licencia de MS con MHS Dental para proporcionar un **examen dental, rayos x, limpieza, fluoruro y sellantes** en su escuela sin mi presencia a menos que retire consentimiento. Se ofrece servicio de cuidado dental para los niños con Medicaid, CHIP, seguro privado o los que no tienen cobertura de **seguro**. **Los servicios no tienen cost y son cargado directamente a Medicaid, CHIP de MS, MS Can o proveedor de seguros privado**. Si su hijo ya ve a un dentista en forma regular, el padre o tutor **debe** continuar cuidado dental a través de ese proveedor. El tratamiento de su hijo a través de esta clínica dental móvil puede afectar a su seguro (como con cualquier consultorio dental) como servicios de tratamiento se le cobrará a su proveedor de seguro dental.

➤ **POR FAVOR FIRME AQUÍ:** _____ **FECHA:** _____

➤ **NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA:** _____

RELACIÓN AL NIÑO: _____