

## MHS Dental "WALKOUT" DECLARACIÓN DE EMERGENCIA / SEGUIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS

**Dirección de la Oficina:** 1700 W. Gobierno St. , Suite 203, Brandon, MS 39042

**Dirección postal: P. O. Box** 12605, Jackson, MS 39236

**Sitio Web:** www.mhsdental.com \* **Correo electrónico:** mhsdental@gmail.com

**Office:** 601-966-5099 \* **Director de Operaciones:** 601-467-7890 \* **Fax:** 877-737-7331

---

Ha sido un placer para proporcionar cuidado dental a su hijo hoy. Uno de los siguientes los dentistas junto con su personal, incluyendo la dental higienistas y auxiliares de odontología, ha brindado atención a su niño en su escuela.

### Con licencia MS Dentista:

\_\_\_\_ Richard A. Williams, DMD

\_\_\_\_ James Randall Woodson, DMD

\_\_\_\_ Christopher Bennett, DMD

\_\_\_\_ J. Felda Jones, DMD

\_\_\_\_ Trey Jones, DMD

\_\_\_\_ Larry Wilson, DMD

\_\_\_\_ Jason S. Grissom, DMD

El MHS programa odontológico, ha ganado un contrato firmado que establece una alianza con un dentista local que funciona como un servicio dental que se establece de forma permanente en el área de servicios a su hijo.

Esta asociación constituye un "Acuerdo para el tratamiento", que tiene por objeto proporcionar al niño con cualquier emergencia en el futuro **o el seguimiento de atención odontológica** que él/ella pueda necesitar. El acuerdo firmado entre las dos partes que los dentista está de acuerdo a su hijo, como en el caso de un paciente de cuidado dental.

En el caso de cualquier emergencia o **seguimiento de cuidado dental** , Dental MHS ha incluido usted con los términos de la consulta del dentista nombre, dirección física, ubicación (ciudad), y el número de teléfono. En el caso de que la SSA Dentista piensa que su niño puede necesitar cuidados adicionales que no ofrecen esta basada en la escuela programa de atención dental, se le darán la razón a continuación. Póngase en contacto con el dentista o remisión al odontólogo de su elección de forma inmediata cualquier tratamiento dental de emergencia o cuidado dental adicional.

**Si necesita más cuidado dental es necesario, este formulario puede ser tomado a la familia dentista o con el proveedor indicados a continuación, que ha ofrecido a servir de referencia para los estudiantes dentista en su área.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Motivo de devolución (si es necesario):** \_\_\_\_\_

---

**Los servicios se comprueba a continuación fueron realizadas por MHS Dental en la fecha de:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Examen

\_\_\_\_ Cavidad

\_\_\_\_ Limpieza Presentación (número de solicitudes \_\_\_\_)

\_\_\_\_ De rayos X

\_\_\_\_ flúor gel

\_\_\_\_ Sellantes (número de productos impermeabilizantes \_\_\_\_)

\* Si el niño no requiere ningún seguimiento de tratamiento, por favor programe una visita con su familia odontólogo o dentista nuestra remisión seis meses a partir de la fecha de su visita dental con MHS. Así se garantizará atención continuada, así como, sin interrumpir el del actual del niño beneficios dentales.