



Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/_____

Masculino Femenina

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a) _____

Mi hijo NUNCA ha visto un dentista

El nombre del dentista de mi hijo es:

Nombre de Dentista: _____ teléfono: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

¿Ha visto su hijo al dentista en la escuela anteriormente Sí NO

*** Tenga en cuenta: El dentista de su hijo será notificado de los servicios dentales provistos a través de su participación en CDP.**

Raza / grupo étnico (para rastrear) verifique a continuación:

- Blanco/Caucásicos Negro-Africano Americano Indio Americano
 Otro Isleños de Pacífico Asiático
 Non-Hispano Hispano

Lenguaje principal del alumno: _____

¿El estudiante necesita un intérprete? SI NO

Consentimiento para participar

SI, Doy permiso para mi hijo participar en el programa infantil **(Por favor firme abajo y complete el paquete completo y vuelva en el sobre adjunto)**

NO, Doy permiso para mi hijo participar en el programa infantil **(Por favor firme abajo y Para)**

Firma del padre o tutor legal

Nombre impreso del padre o tutor legal

Relación con el niño

El día de hoy

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene alguna pregunta, llame al (315) 570-4020



Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____

Masculino Femenina

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Número de seguridad social: _____ - _____ - _____ teléfono #: _____ - _____ - _____

Escuela: _____ Grado: _____ maestro(a): _____

Servicios: (sólo el año escolar actual)

Estudiantes inscritos en este programa recibirán **educación gratuita** y un **examen dental**

Por favor **Revise** a continuación para servicios adicionales, que usted está eligiendo para su hijo:

Limpieza con un tratamiento con flúor (pueden ser hasta 2 veces al año, adicional flúor se aplica cada 3 meses durante el año escolar para las edades de los estudiantes 6 y menores) **rayos x** por un higienista seguido de un **examen** por un dentista, y **selladores dentales** si es necesario (véase la carta de presentación para la descripción)

Brindaremos servicios dentales sin que usted esté presente.

Si desea acompañar a su hijo durante su visita al dentista, marque la casilla y nos comunicaremos con usted para programar una cita. **Si eres inalcanzable su hijo se verá sin usted.**

Información del padre o tutor

Nombre de la madre: _____ correo electrónico: _____

Teléfono #: (H) _____ - _____ - _____ (C) _____ - _____ - _____ (W) _____ - _____ - _____

Nombre del padre: _____ correo electrónico: _____

Teléfono #: (H) _____ - _____ - _____ (C) _____ - _____ - _____ (W) _____ - _____ - _____

Nombre del tutor: _____ correo electrónico: _____

Teléfono # (H) _____ - _____ - _____ (C) _____ - _____ - _____ (W) _____ - _____ - _____

Información de emergencia

(Por favor indique alguien que no sea el padre o tutor)

Nombre de la persona de contacto: _____ relación al niño: _____

Teléfono #: (H) _____ - _____ - _____ (C) _____ - _____ - _____ (W) _____ - _____ - _____

Dirección: _____ ciudad de: _____ estado: _____ código postal: _____

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene alguna pregunta, llame al (315) 570-4020



Financiero

Para que Mosaic Health pueda ayudar a los pacientes sin cobertura de seguro, debemos pedirle que complete la siguiente información. Esto se le solicita a usted para que Mosaic Health pueda recibir dólares de subvenciones federales para atender a esos pacientes. Apreciamos tu cooperación. Toda la información se mantiene confidencial y se usa solo para fines informativos.

Número total de personas en su hogar (incluya a todos): _____

Ingresos totales del hogar: (marque la cantidad que mejor describa el ingreso total en su casa)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos que \$11,000 | <input type="checkbox"/> \$30,001-\$35,000 | <input type="checkbox"/> \$55,001-\$60,000 |
| <input type="checkbox"/> \$11,001-\$15,000 | <input type="checkbox"/> \$35,001-\$40,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001-\$65,000 |
| <input type="checkbox"/> \$15,001-\$20,000 | <input type="checkbox"/> \$40,001-\$45,000 | <input type="checkbox"/> \$65,001-\$70,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001-\$25,000 | <input type="checkbox"/> \$45,001-\$50,000 | <input type="checkbox"/> \$70,001-\$75,000 |
| <input type="checkbox"/> \$25,001-\$30,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001-\$55,000 | <input type="checkbox"/> más que \$75,001 |

Asistencia financiera: de acuerdo con la información que se encuentra en el ingreso familiar anterior, usted y su familia pueden ser elegibles para el Programa de descuento de escala móvil de Mosaic Health. Un miembro del personal puede contactarlo para un seguimiento

Información sobre seguro dental

SIN SEGURO de COBERTURA DENTAL

ID de Seguro MEDICAID # _____
(2 letras, 5#'s, 1 letra-ex. AB12345C)

Otro seguro DENTAL ID# _____ GRUPO# _____

NOMBRE DE PLAN: _____ TELÉFONO DE SEGURO#: _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____ EMPLEADOR: _____

Parte responsable

Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

Teléfono #: ____ - ____ - ____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ estado: _____ código postal _____

Relación con el niño _____ Fecha de hoy _____

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene alguna pregunta, llame al (315) 570-4020



¿Su hijo tiene o ha tenido anteriormente alguna de las siguientes condiciones médicas

(Favor de circular Si o NO)

ADHD/ADD	Si	NO	Problemas de corazón(soplo prótesis)	Si	NO
Alergia al látex	Si	NO	Presión arterial alta	Si	NO
Articulaciones artificiales	Si	NO	Enfermedad del riñón o problemas	Si	NO
Asma	Si	NO	Presión arterial baja	Si	NO
Autismo	Si	NO	Embarazo (fecha de vencimiento):_____)	Si	NO
Trastorno de la sangre, Anemia	Si	NO	Convulsiones o epilepsia	Si	NO
Cáncer	Si	NO	Tuberculosis (TB)	Si	NO
Diabetes	Si	NO	Otros: _____	Si	NO

Si responde **afirmativamente** a cualquier pregunta anterior, explique: _____

¿Su niño **tiene alergias**? SI NO

Por favor una lista de alergias: _____

¿Ha tenido su hijo **alguna cirugías importantes**? Si NO

Por favor indique fechas y tipos: _____

¿Ha tenido su hijo alguna **noche hospitalizaciones** en **los últimos 3 años**? SI NO

Por favor indique el motive y las fechas: _____

¿Toma su niño **alguna medicina** diariamente? SI NO

Por favor una lista de medicamentos/dosis: _____

¿Tiene alguna preocupación con respecto a la salud dental de su hijo? SI NO

Por favor explique: _____

¿Cuál es la fuente del agua de su hijo? Pueblo/Ciudad Botella Pozo

Información de proveedor de servicios médicos

¿Tiene su niño un Médico (Doctor, enfermera o asistente medico?) SI NO

Nombre del proveedor: _____ teléfono # _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ estado: _____ código postal _____

Información de la farmacia

Nombre de farmacia _____ teléfono # _____ - _____ - _____

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene alguna pregunta, llame al (315) 570-4020



CONSENTIMIENTO

Para poder tratar a su niño, usted debe firmar abajo indicando que usted ha leído y está de acuerdo con la siguiente información:

Autorización para el tratamiento

Yo, el abajo firmante, el padre o tutor legal del niño arriba mencionado, autorizo al personal dental de Mosaic Health a proporcionar atención dental según lo indicado a mi hijo en su escuela. **Es la responsabilidad de los padres / tutores informar al proveedor dental de cualquier cambio en la información médica de su hijo llamando al (315) 570-4020.**

Responsabilidad Financiera / Asignación de Beneficios:

Autorizo a Mosaic Health a solicitar los beneficios en mi nombre a la compañía de seguros de mi hijo y solicito a la compañía de seguros de mi hijo que pague directamente los beneficios de seguro de Mosaic Health que de otro modo se me pagarían. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar información sobre la cobertura del seguro y notificar a Mosaic Health sobre cualquier cambio. Si su hijo ha tenido una limpieza dental en los últimos 6 meses y ha utilizado su seguro, no es elegible para el reembolso del seguro en este momento. Si su seguro cubre un pago parcial o niega servicios, se le pueden cobrar los servicios. Los siguientes servicios y tarifas pueden ser facturables: la limpieza dental con un tratamiento con flúor cuesta \$ 115 (edades 0-6), la limpieza dental con un tratamiento con flúor es \$ 97 (edades 7-12), la limpieza dental con un tratamiento con flúor es \$ 125 (edades 13 +), el examen pediátrico (edades 0-3) es de \$ 73, el examen dental inicial es de \$ 83, el examen de recuperación es de \$ 47, dos radiografías de mordida son \$ 44, cuatro radiografías de mordida son \$ 63, una radiografía es de \$ 27 y selladores son \$ 52 por diente..

Liberación de información

Si el historial de salud de mi hijo indica problemas de salud que pueden afectar su tratamiento dental o si se necesita un comprobante de tutela legal, doy mi consentimiento para que el médico / dentista / escuela de mi hijo divulgue la información médica / dental / de tutela a Mosaic Health dental personal.

Si un dentista se menciona arriba, entiendo que cualquier hallazgo o tratamiento dental se enviará a ese proveedor. También doy mi consentimiento para que Mosaic Health proporcione a la enfermera de la escuela de mi hijo un certificado de salud dental, si así lo solicita. A ningún niño se le negarán los servicios debido a la imposibilidad de pagar, por favor llame para obtener ayuda.

****** Se devolverán los formularios que no tengan la firma de un padre / tuto******

Nombre de niño: _____ fecha de nacimiento: ___ / ___ / _____

Firma del padre o Tutor legal

Impreso del nombre del padre o Tutor legal

Relación con el niño

Fecha de hoy

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene alguna pregunta, llame al (315) 570-4020