

Smile Illinois  
...the mobile dentists



**¡EL DENTISTA VENDRÁ A SU ESCUELA!**  
**Nuestra escuela se unió con Smile Illinois**  
**para ofrecer cuidado dental en la escuela**  
**SIN COSTO\* para usted.**

**Cuidar de los dientes de su niño(a) es importante para mantenerlos sanos.**

**FÁCIL Y CONVENIENTE** - Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, igual proporcionará una limpieza y tratamiento de fluoruro. También proporcionará sellantes tal sean necesarios. El reporte incluye el tratamiento recibido y tratamiento requerido. **¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!**

**LLENE POR FAVOR**

Nombre Legal del Niño(a)		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro		Grado
Padre/Tutor Legal	Teléfono (       )		
Correo electrónico	Teléfono Alt. (       )		

**PREGUNTA DE SALUD IMPORTANTE**

¿Su hijo tiene alguna discapacidad o condiciones médicas o dentales en el pasado o presente? Puede incluir problemas del corazón, problemas de respiración, trastorno del cerebro/convulsiones, alergias (incluye alergia a medicamentos), diabetes, problemas de sangrado, enfermedades transmisibles o desorden inmunitario, etc. Si es así, por favor explique abajo (adjunte hojas adicionales si es necesario). Si No, deje el espacio abajo en blanco.

Anote los medicamentos que este tomando \_\_\_\_\_ Anote cualquier problemas dental \_\_\_\_\_

**NIÑO(A) TIENE MEDICAID/ALL KIDS**

Llene los de  
**Medicaid del Niño(a) AQUÍ:**

\*Medicaid y All Kids cubren 100% del tratamiento

Circule uno de los siguientes:

Aetna, BCBS, County Care, Family Health Network, Health Alliance Connect, Harmony, Humana, IlliniCare, Meridian, Molina, NextLevel

Número de seguro social del niño(a) (si está disponible)    -   -

**NIÑO(A) TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO**

Nombre de la Comp. de Seguro (aparte de Medicaid) \_\_\_\_\_ Tel. del Seg. \_\_\_\_\_

# Grupo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Tel. del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Adulto Asegurado \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO del adulto Asegurado \_\_\_\_\_

# Póliza/ID \_\_\_\_\_ Seguro Social del Adulto Asegurado \_\_\_\_\_

**NIÑO(A) NO TIENE SEGURO DENTAL**

Niño(a) no tiene seguro dental.

Certifico que necesito pagar \$70.00 por servicios subsidiados por que no puedo pagar el costo completo. Cubrirá en cada visita la limpieza, revisión, fluoruro y sellantes. (Le enviaremos una aplicación por correo. Disponible para tratamiento preventivo solo una vez por año escolar.) En caso de pagar por los servicios, engrape el cheque o giro postal en esta forma, y haga el pago a: Smile Illinois.

Si su hijo(a) ya tiene una dentista y gustaría seguir tratamiento con él, debería continuar con su mismo dentista.

**LEA Y FIRME ABAJO**

Solicito que el dentista realice una revisión de cuidado dental preventivo a mi hijo(a) la cual cubrirá el examen dental, limpieza, fluoruro, y sellantes como sea necesario. Este permiso incluye visitas al dentista en el futuro. Este formulario también da permiso a realizar auditorías de garantía de calidad por IDPH y que nuestros proveedores vuelvan a la escuela de su niño para revisar sus sellantes. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo del salud de mi hijo(a) a 855-481-8639. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

**FIRME Y FECHA AQUÍ**

FECHA

PREGUNTAS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visítenos en: [mobiiledentists.com](http://mobiiledentists.com)

Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C., General Dentist & Dental Director  
 8770 W. Bryn Mawr Ave., Suite 1300, Chicago, IL 60631  
 © Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C., 2017

Para su privacidad doble y asegure.

