

ALL KIDS ESCOLARES DENTAL PROGRAMA

Rev. 06/17

POR FAVOR IMPRIMA EN TINTA

DENTAL EXAMEN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Servicios Dentales Proporcionados por:

★ DEBEN SER DEVUELTOS MAÑANA (SI QUIERE USTED ESTOS SERVICIOS) ★

Miles of Smiles, Ltd.

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

2424 N 8th St.

MAESTRO(A): _____

GRADO: _____



Pekin, IL 61554-1547

CONDADO: _____

309-382-6404

¿Tiene su niño un dentista? Sí/ No Nombre (del dentista): _____

Fecha de Examen: _____

Favor de proveer la información siguiente solamente si quiere estos servicios dentales ser dado por

Miles of Smiles, Ltd. en la escuela.

Queridos padres o guardián,

Miles of Smiles, Ltd. y el Illinois Department of Healthcare and Family Services han organizado para servicios dentales para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento de flúor y selladores (un revestimiento protector en las superficies de mascar de las muelas). Dentistas con licencia, higienistas y ayudantes llegarán a la escuela de su niño(a) con equipos portátiles. Para su niño(a) reciba estos servicios usted debe proporcionar TODA la información pidió por debajo y signo anajo.

NOMBRE legal del niño(a): _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

HOMBRE / MUJER

CIUDAD/código POSTAL: _____

Teléfono Particular: _____

SU niño(a) CALIFICA PARA LAS COMIDAS GRATIS O REDUCIDAS SI / NO

Ejemplos de MCO: Aetna, BCBS, Cigna, CommunityCare,

ESTÁ inscrita su niño en la 'Medicaid/All Kids' PROGRAMA: SI / NO

CountyCare, Family Health Network, Harmony,

Nombre de la compañía de MCO: _____

Humana, IlliniCare, Meridian, Molina

EN CASO AFIRMATIVO, INCLUIR NÚMERO DE ID DE DESTINATARIO DE SU niño(a): → _____

** Será facturada Medicaid/All Kids **

(9 DÍGITO ID NÚMERO SOBRE LA PARTE POSTERIOR DE MEDI-PLAN TARJETA)

Tiene su niño(a) SEGURO DENTAL PRIVADO? _____

SI / NO

(Mandarán la cuenta a la compañía de seguros dentales)

En caso afirmativo, complete por favor toda la información del seguro abajo: (si es incompleto, su hijo no es elegible; los grados K, 2, 6 pueden recibir solo examen.)

Nombre de la compañía de seguro dental PRIVADO: _____

Dirección de la compañía de seguro dental: _____

Identificación o SS del empleado: _____

Plan de la compañía de seguros dentales o número de grupo: _____

Nombre del empleado: _____

Fecha de nacimiento del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

de teléfono del empleado: _____

Empleador: _____

Ha tenido su niño(a) cualquier historia de, o condiciones relacionadas, cualquiera de los siguientes: (por favor círculo)

Anemia:	SI / NO	Sinusitis crónica:	SI / NO	Problemas de crecimiento:	SI / NO	Convulsiones:	SI / NO
Asma:	SI / NO	Diabetes:	SI / NO	Audición:	SI / NO	Tiroides:	SI / NO
Trastornos hemorrágicos:	SI / NO	Dolores de oído:	SI / NO	Enfermedad Cardíaca:	SI / NO	Tabaco / drogas:	SI / NO
Cáncer:	SI / NO	Epilepsia:	SI / NO	Alergia al látex**:	SI / NO	Alergias:	
Parálisis Cerebral:	SI / NO	Desmayos:	SI / NO	Embarazo (los adolescentes):	SI / NO	Otro:	

¿Es su niño(a) tomando cualquier receta y/o sobre los medicamentos de contador en este momento? SI / NO

En caso afirmativo, sírvase enumerar: _____

¿Tiene su niño alguna condición cardíaca? Sí / No Describa: _____

¿Tiene su niño alguna articulación artificial? Sí / No ¿Si afirmativo, cuándo y cuál articulación? _____

¿Ha recomendado un doctor algunos precauciones especiales o premedicaciones para su niño antes de tratamiento dental? Sí / No

¿Si afirmativo, qué?: _____

IMPORTANTE: FIRMA NECESARIO DE LOS PADRES (o guardián): Estoy privativas de libertad padres o guardián legal de los niños menores denominado anteriormente. Autorizo y consentimiento a este niño reciben el tratamiento dental descrito y permite que la enfermera escolar / escuela representativas y dental proveedor acceso al registro dental del niño.

Esto también dará permiso para el Departamento de Salud Pública de Illinois a proporcionar Auditorías de Aseguramiento de Calidad mediante la evaluación de los selladores de su hijo que se colocaron en la escuela. Tras determinar, este permiso también permitirá los selladores ser reemplazados por el proveedor si se indica.

Al grado permitió por la ley, consiento al uso y al acceso de la información protegida de la salud del niño de menor edad para realizar actividades del pago con respecto a esta demanda. Autorizo y dirijo por este medio el pago de las ventajas dentales directamente al Miles of Smiles, Ltd.

FIRMA: _____

IMPRIMIR EL NOMBRE: _____

FECHA: _____

ALL KIDS SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM CONSENT FORM

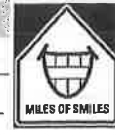
Rev 06/17

PLEASE PRINT IN INK

DENTAL EXAM

Services Rendered By:

MUST BE RETURNED TOMORROW (ONLY IF YOU WANT THESE SERVICES)



Miles of Smiles, Ltd.
2424 N 8th St
Pekin, IL 61554-1547
309-382-6404

NAME OF SCHOOL: _____
TEACHER: _____ GRADE: _____
COUNTY: _____

DO YOU HAVE A DENTIST? YES / NO DENTIST'S NAME: _____ EXAM DATE: _____

PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION ONLY IF YOU WANT THESE DENTAL SERVICES

to be rendered by Miles of Smiles, Ltd at school.

Dear Parent or Guardian,
Miles of Smiles, Ltd. and The Illinois Department of Healthcare and Family Services have arranged for dental services for eligible children. These services may include an exam, cleaning, fluoride treatment and sealants (a protective coating on the chewing surfaces of back teeth). Licensed dentists, hygienists, and assistants will come to your child's school with portable equipment. In order for your child **to receive these services**, you must **PROVIDE ALL THE INFORMATION REQUESTED BELOW AND SIGN IN THE AREA INDICATED.**

YOUR CHILD'S LEGAL NAME: _____ BIRTH DATE: ____ / ____ / ____

ADDRESS: _____ GENDER: M / F

CITY/ZIP: _____ HOME PHONE: _____

DOES YOUR CHILD QUALIFY FOR FREE OR REDUCED MEALS: YES / NO MCO COMPANY NAME (circle one): Aetna, BCBS,

IS YOUR CHILD ENROLLED IN THE 'Medicaid/All Kids' PROGRAM: YES / NO Cigna, CommunityCare, CountyCare, Family Health Network,

MCO COMPANY NAME (if not listed): _____ Harmony, Humana, IlliniCare, Meridian, Molina

IF YES, INCLUDE YOUR CHILD'S RECIPIENT ID NUMBER: _____ → _____
Medicaid/All Kids will be billed (9 DIGIT ID NUMBER ON BACK OF MEDI-PLAN CARD)

IS YOUR CHILD COVERED BY PRIVATE DENTAL INSURANCE: YES / NO (if incomplete, only grades K, 2nd, & 6th may be eligible for an exam)

If YES, please fill out ALL the insurance information below: **(DENTAL INSURANCE COMPANY WILL BE BILLED)**

Name of Dental Insurance Company: _____

Dental Insurance Company Address: _____

Member's (employee) ID or SS #: _____ Dental Insurance plan or group number: _____

Member's name: _____ Member's Birth Date: _____

Member's Address (if different than child's): _____

Member's Phone Number (if different than child's): _____ Employer: _____

Has your child had any history of, or conditions related to, any of the following: (Please circle)					
Anemia:	YES / NO	Chronic Sinusitis:	YES / NO	Growth problems:	YES / NO
Asthma:	YES / NO	Diabetes:	YES / NO	Hearing:	YES / NO
Bleeding disorders:	YES / NO	Ear aches:	YES / NO	Heart Disease:	YES / NO
Cancer:	YES / NO	Epilepsy:	YES / NO	Latex allergy**:	YES / NO
Cerebral Palsy:	YES / NO	Fainting:	YES / NO	Pregnancy (teens):	YES / NO
				Seizures:	YES / NO
				Thyroid:	YES / NO
				Tobacco / drug use:	YES / NO
				Allergies:	
				Other:	
Is your child taking any prescription and/or over the counter medications at this time? YES / NO					
If yes, please list: _____					
Does your child have any known heart condition? YES / NO DESCRIBE: _____					
Does your child have any artificial joints: YES / NO IF YES, WHEN & WHAT JOINT: _____					
Has a doctor ever recommended any special precautions or pre-medication for your child's dental treatment? YES / NO					
IF YES, WHAT: _____					

IMPORTANT: PARENT/GUARDIAN SIGNATURE REQUIRED (ONLY IF YOU WANT THESE SERVICES)

I am a custodial parent or legal guardian of the minor child named above. I authorize and consent to this child receiving the dental treatment described, and allow the school nurse/ school representative and dental provider access to child's dental record.

This will also give permission for the Illinois Department of Public Health to provide Quality Assurance Audits by evaluation of your child's sealants that were placed at the school. Upon determination, this permission will also allow for the sealants to be replaced by the provider if indicated.

To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of the minor child's protected health information to carry out payment activities in connection with this claim. I hereby authorize and direct payment of the dental benefits directly to Miles of Smiles, Ltd.

SIGNATURE: _____ PRINT NAME: _____ DATE: _____

IF YOU HAVE A DENTIST, SEEK DENTAL CARE THERE!

DDS INITIALS _____ RDH INITIALS _____