ToothSavers

TOOTHSAVERS CUIDADO DENTAL EN LA ESCUELA

MEDICAID PAGA EL 100%

Los estudiantes de ECEAP/Head Start están 100% cubiertos por Medicaid para los servicios y estas familias no recibirán facturas.

¡Regístrese en línea!
www.MySchoolDentist.com

Escanee el código con su teléfono.

¡FIRME Y DEVUELVALO A LA ESCUELA HOY!

ToothSavers el programa dental dentro de la escuela ofrecerá revisión visual y servicios preventivos de salud bucal **SIN COSTO** en la preescuela de su hijo. **Estas visitas son rápidas y divertidas, y su hijo recibirá un cepillo de dientes gratis**.

Las **revisiones de salud bucal** son una evaluación visual para verificar la salud de los dientes/la boca y detectar cualquier problema dental o emergencia. **Cada niño recibirá una revisión visual a menos que usted opte por no participar con la escuela de su hijo.** NOTA: Las revisiones son diferentes a los exámenes dentales y no interfieren con los exámenes regulares en el consultorio dental.

Si desea que su hijo reciba los **servicios preventivos** que están enlistados a continuación, debe completar y devolver este formulario a la escuela de su hijo:

El **barniz de fluoruro** es un gel seguro y de buen sabor cepillado en los dientes por un profesional dental. Ayuda a combatir las caries y se recomienda para los niños de 2 a 4 veces al año.

Los **sellantes dentales** son una capa protectora e indolora colocado en las superficies de masticación de los dientes posteriores. Según el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), los sellantes previenen las caries hasta en un 80%.

Los niños de Head Start menores de 18 meses solo tendrán evaluaciones.
Los niños de 18 meses a 3 años pueden recibir fluoruro.
Los sellantes dentales son ofrecidos a los niños de 3 años en adelante.
Nuestras revisiones cuentan como encuentros de salud dental de ECEAP/Head Start para propósitos de inscripción.

¿Hay alguno de los servicios mencionados anteriormente que NO le gustaría que su hijo reciba? Si es así, por favor, indíquelo aquí:

_____

LLENE POR FAVOR

Los estudiantes de ECEAP/Head Start están 100% cubiertos por Medicaid para los servicios y estas familias no recibirán facturas.

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro		Grado
Padre/Tutor Legal		Teléfono ( )	
Correo electrónico		Teléfono Alt. ( )	

PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

DOBLE

¿TIENE SU HIJO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? POR FAVOR MARQUE CADA CONDICIÓN QUE APLIQUE. SI NO APLICAN CONDICIONES, DEJAR EN BLANCO.

☐ Alergia a la plata ☐ Autismo o spectrum ☐ Diabetes ☐ Problemas cardiacos ☐ Convulsiones
☐ Asthma ☐ Conductuales disorder ☐ Soplo cardiaco ☐ Hepatitis o VIH ☐ Sensoriales disorder

☐ Otro _____ Explique _____

Alergias u otros problemas de salud de los que debamos tener en cuenta: _____

DOBLE

SI SU HIJO TIENE MEDICAID/CHIP (APPLE HEALTH)

Ingrese el número **ProviderOne** que termina en WA aquí → ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ W A

O Número de seguro social del niño (si está disponible) ☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

SEGURO DENTAL PRIVADO

	Nombre de Aseguransa (*no Medicaid*)	Tel. del Seguro ( ) –
# del Groupo	Empleador	Tel. del Empleador ( ) –
Nombre Adulto Asegurado		**Fecha Nacim. Adulto Asegurado** / /
ID Miembro/# Póliza		# Seg. Soc. Adulto Asegurado – –

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA) requiere que todos los registros de atención médica se mantengan confidenciales. ToothSavers cumple con todos los estándares de HIPAA y proporcionará un Aviso de Prácticas de Privacidad a pedido.

LEA Y FIRME ABAJO

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo se inscriba en el programa de salud bucal preventiva de ToothSavers y reciba servicios preventivos. Permiso incluye tratamiento dental inicial y visitas de seguimiento. Si desea que su hijo sea excluido de la revisión, infórmelo a la escuela.

FIRME Y FECHA AQUÍ _____ _____ **FECHA**

Para su privacidad doble y asegure.

PREGUNTAS: 855-481-8639 FAX: 888-330-4331 Visítenos en: ToothSavers.org

Michael LaCorte Dentistry, PC
600 Stewart Street, Suite 400, Seattle, WA 98101
© Michael LaCorte Dentistry, PC, 2025