



Nombre de la Escuela: _____

Maestra/o: _____ Grado: _____

Nombre del niño impreso: _____

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: ____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Información del seguro: En caso afirmativo, escriba la identificación de miembro del niño

Medicaid/MCNA Si # _____

Private Insurance Si # _____

Uninsured Si

¿Su hijo tiene un hogar dental? Si / No

Veremos a su hijo independientemente de su estado de seguro!!!

SERVICIOS QUE OFRECEMOS

Ofrecemos exámenes orales, barniz de flúor y selladores.

QUÉ ES EL BARNIZ DE FLÚOR

El barniz de flúor se puede aplicar de 4 a 6 veces al año y puede disminuir el desarrollo de caries en aproximadamente un 38%. El barniz de fluoruro está aprobado por la Asociación Dental Americana y el barniz de fluoruro de la Administración Federal de Medicamentos es seguro.

QUÉ SON LOS SELLADORES

Los selladores protegen las superficies de masticación de las caries cubriendo los dientes superiores e inferiores posteriores con una capa delgada protectora que bloquea los gérmenes y los alimentos.

Servicios

Barniz de flúor Si / No

Selladores Si / No

Exámenes orales SOLAMENTE Si

¿Tiene preguntas?

Por favor, siéntase libre de comunicarse con nuestra oficina, ya sea por teléfono o correo electrónico.

Orders@trphd.ne.gov

888.669.7154

Una donación es útil para proporcionar esto como un servicio continuo. Se sugiere una donación de \$ 15, pero cualquier donación monetaria es apreciada. Ningún niño será rechazado. Se aceptan efectivo, cheque (pagadero a TRPHD) o PayPal.



Aviso de prácticas de privacidad: Por mi firma, reconozco que entiendo el Aviso de prácticas de privacidad de LifeSmiles Dental Health del Departamento de Salud Pública de Two Rivers. El programa está disponible en el sitio cuando se brindan los Servicios LifeSmiles a los participantes del programa. He tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este Consentimiento, le estoy dando permiso a LifeSmiles del Departamento de Salud Pública de Two Rivers para usar y divulgar mi información médica protegida o la de mi pupilo para llevar a cabo servicios de atención dental, referencia de atención dental

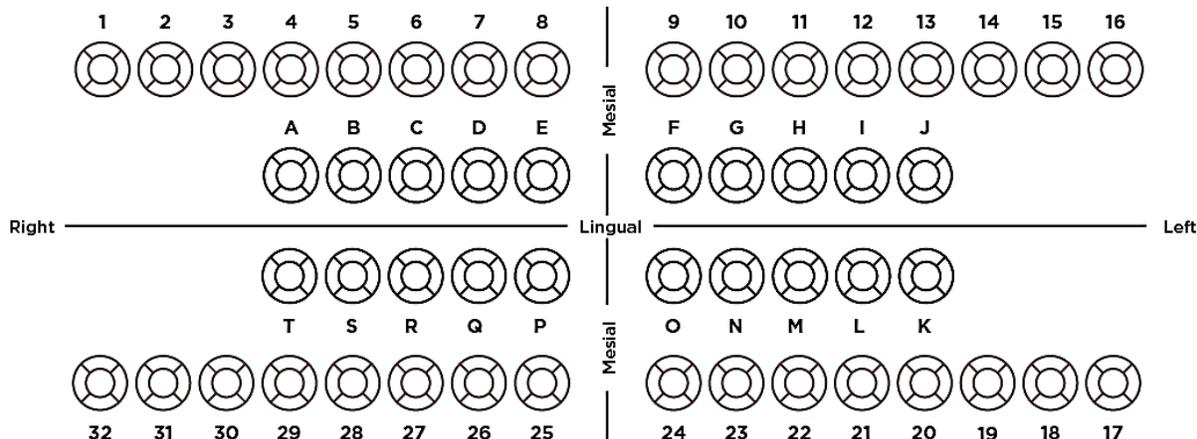
Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Patient Name:

Hygienist/Assistant Name:

Initial Visit Date:



Screening Results:

- No Obvious Problems
- Dental Care recommended
- Urgent Care Referral

Preventative Services:

- Screening
- FL Varnish
- Sealants
- OHI/Education

OHI Health:

- 1 2 3 4 5

Follow-Up Note Sent Home?

- Yes No

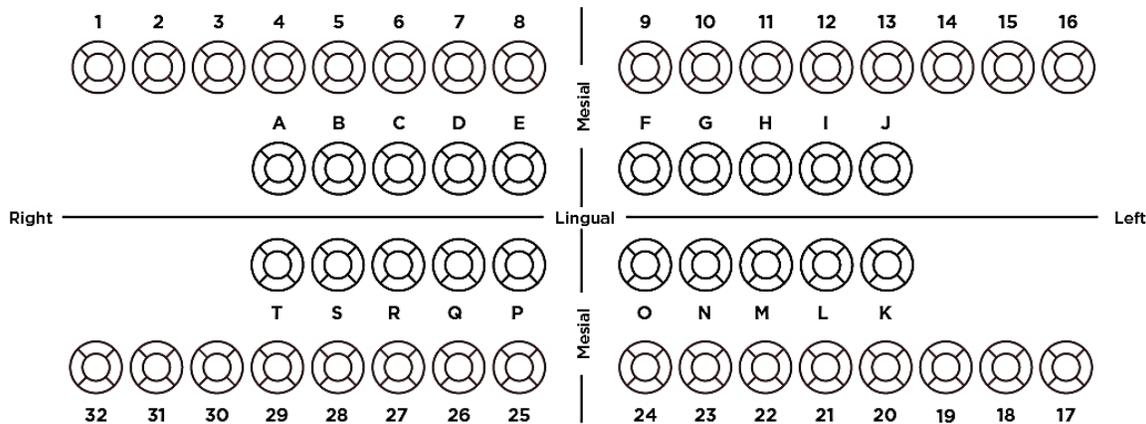
Tooth Conditions/ Existing Restorations:

Behavior: 1 2 3 4

Comments:

Hygienist/Assistant Name:

2nd Visit Date:



Screening Results:

- No Obvious Problems
- Dental Care recommended
- Urgent Care Referral

Preventative Services:

- Screening
- FL Varnish
- Sealants
- OHI/Education

OHI Health:

- 1 2 3 4 5

Follow-Up Note Sent Home?

- Yes No

Tooth Conditions/ Existing Restorations:

Behavior: 1 2 3 4

Comments: