



Sign Up Online!
www.MySchoolDentist.com

Scan the code
with your
phone.



Healthy Smiles Happen at School

Great news! Help A Child Smile dental program is joining with your child's school to offer full-service dental care at school. We will visit your child's school in the fall and spring of the school year, plus additional follow up visits as needed.

Fill out the permission form and return it to your school, or **sign up online at: www.MySchoolDentist.com**

Already signed up? Please fill out a new form so we can update your records.

KEEP YOUR CHILD HEALTHY

Childhood cavities are more common than asthma. Infection from tooth decay can lead to other health problems. The American Dental Association recommends yearly checkups for children. If your child has not seen a dentist in the past 12 months, this program is for you! Without regular dental checkups your child may be at risk for:

- Early tooth loss caused by dental decay
- Gum and heart disease
- Speech problems

EASY & CONVENIENT

When your child sees the in-school dentist, you save time. Local, Georgia licensed dentists and hygienists provide care from our fully equipped mobile offices. Dental care at school includes a complete exam, x-rays, cleaning, fluoride, sealants and cavity treatment when needed.

NO COST TO YOU

If your child is insured with Medicaid / PeachCare for Kids®, there is no cost to you. We also accept most private dental plans.

If you have questions about your child's visit or follow up care, please contact our office toll-free at (800) 770-0388. You may also visit our website hcsga.com for additional information.

If your child is a patient and has a dental emergency, contact us 24 hours a day at (800) 770-0388.



Help A Child Smile

1806 Over Lake Dr., SE, Conyers, Georgia 30013 • (800) 770-0388 • Fax (855) 413-8142
Mark Shurett, DDS, PC - GA License #DN009291

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. KEEP FOR YOUR RECORDS.

OUR LEGAL DUTY

The privacy of your medical information is important to us. We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. We will notify you if your unsecured medical information is breached.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available upon request.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations.

For example:

Treatment: We may use or disclose your health information to a physician, school nurse, or other healthcare provider providing treatment to you.

Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

Healthcare Operations: We may use and disclose your health information in connection with our business operations such as reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals and evaluating practitioner and provider performance.

Your Authorization: Uses or disclosures not otherwise described in this Notice may be made only with your written authorization. In addition, we must obtain your written authorization to sell your medical information or to use or disclose your information for marketing goods or services to you where we are paid to make the communication. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

To Your Family and Friends and Persons Involved in Your Care: We may disclose your health information to a family member, friend or other person involved in your care to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare. We may also disclose your medical information to disaster relief organizations to help locate individuals during a disaster. We may also use or disclose your medical information to notify, or assist in the notification, of a family member, a personal representative or a person responsible for your care of your location, general condition or death. If you do not want us to disclose your medical information to family members or others in these circumstances, please notify our HIPAA Officer at 888-833-8441.

Required by Law: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

Public Safety: We may need to disclose medical information to law enforcement officials, such as in response to a search warrant or a grand jury subpoena, or to assist law enforcement officials in identifying or locating an individual, to report deaths that may have resulted from criminal conduct, and to report criminal conduct on our premises.

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

National Security: We may disclose your medical information to military authorities of Armed Forces or foreign military personnel under certain circumstances; to authorized federal officials for lawful intelligence, counterintelligence, or other national security activities, and to protect the president; and to a correctional institution or law enforcement official having lawful custody of an inmate or patient under certain circumstances.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, letters, emails or text messages).

Health Oversight Activities: We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure surveys. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, the outbreak of disease, government programs, compliance with civil rights laws and to improve patient outcomes.

Lawsuits and Disputes: We may disclose health information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process.

Other Uses and Disclosures. As permitted or required by law, we may use or disclose your medical information for research purposes; to organizations that handle and monitor organ donation and transplantation; for workers' compensation or similar programs to comply with laws related to workers' compensation or similar programs that provide benefits for work-related injuries or illness; for public health activities such as to prevent or control disease, injury or disability; to report reactions to medications or problems with products; to notify people of recalls of products they may be using; to notify a person who may have been exposed to, or is at risk for contracting or spreading a disease; to medical examiners to identify a deceased person or determine cause of death; or to funeral directors to carry out their duties.

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make a request in writing to obtain access to your health information and fax your request to the number at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of some disclosures we or our business associates have made of your health information. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.

Restriction: You have the right to request that we restrict our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to your request except when disclosure would be to your health plan, you (or someone on your behalf other than your health plan) has paid in full for your health care, the disclosure relates to payment or health care operations, and the disclosure is not otherwise required by law. If we agree to the restriction, however, we will abide by that agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request in writing that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations specified in your written request.

Amendment: You have the right to request that we amend your health information. Your request must be in writing and must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances.

Electronic Notice: If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form upon request.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. If you are concerned that we may have violated your privacy rights, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact Officer: HIPAA Officer

Phone: 888-833-8441

Fax: 888-330-4331

email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

Effective Date: November 1, 2022

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA,
Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.
LE SOLICITAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS.

NUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significante a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud.

Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela o otro proveedor de salud que le esté preveyendo tratamiento.

Pagos: Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

Su Autorización: Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

A Su Familia y Amigos y Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 888-833-8441.

Requerido por La Ley: podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

Seguridad Pública: Podemos dar información médica a oficiales de la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reporte de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal e informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

Abuso o Negligencia: Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Seguridad Nacional: Podemos dar su información médica a las autoridades militares de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero bajo ciertas circunstancias; a funcionarios federales de la ley de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proteger al Presidente; y a un oficial de la ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

Demandas y Disputas: Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

Otros Usos y Revelaciones: Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que manejan y monitorean la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corre el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se enmienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA

Teléfono: 888-833-8441

Fax: 888-330-4331

email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

Fecha efectiva: 1 de Noviembre, 2022

Scan the code with your phone.



EASY & CONVENIENT... Does your child have a regular dentist? If not, sign them up.
IF YOUR CHILD ALREADY HAS A DENTIST YOU SHOULD KEEP GOING TO THAT DENTIST.

TOTAL DENTAL CARE

Our complete dental care includes an exam, x-rays, cleaning, fluoride, sealants, and cavity treatment when needed.

School: _____ County: _____
 Student Name: _____ M _____ F _____ **STUDENT DATE OF BIRTH** ____/____/____
 Primary Phone: (____) _____ Alternate Phone: (____) _____
 Address: _____ Apt#: _____ City: _____ Zip: _____
 Email: _____ Grade: _____ Teacher's Name: _____

CHILD HAS MEDICAID/PEACHCARE:

Enter Child's 12 digit Medicaid Recipient ID Number HERE →

Medicaid & PeachCare cover 100% of treatment.

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

CHILD HAS PRIVATE INSURANCE:

Insurance Co. Name: _____ Phone # of Co.: _____
 Policyholder's Name: _____ Policyholder's DOB: _____
 Policyholder's ID or SS #: _____ Employer: _____

CHILD IS UNINSURED: (Circle One) Check, Credit Card or Cash

CHILD'S MEDICAL HISTORY

CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergy to medications* (list below) | <input type="checkbox"/> Pregnant | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Heart condition (describe below) |
| <input type="checkbox"/> Asthma or wheezing | <input type="checkbox"/> Sickle cell anemia | <input type="checkbox"/> Cancer | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic fever | <input type="checkbox"/> Epilepsy/seizures | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Liver problems/hepatitis | <input type="checkbox"/> Communicable disease | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemophilia/bleeding problems | <input type="checkbox"/> Kidney problems | <input type="checkbox"/> Wheel chair access | _____ |

Notify us of any medical history. A thorough and complete medical and dental history is important for a proper dental examination and evaluation.

*List allergies to medication: _____

Name/phone # of child's physician: _____ Phone: _____

Use space below to provide additional details on your child's health, including current medical treatment, other significant past illnesses, alcohol and tobacco use (including smokeless). List current medications and premedication if needed for dental treatment.

READ & SIGN BELOW

I understand and authorize Mark Shurett, DDS, PC (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the above-named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam & oral hygiene instruction, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants. I authorize the dentist to fill any cavities or to place a stainless steel crown over the tooth if needed. I authorize Provider to extract any problem baby teeth, provide a baby root canal (removal of the nerves inside the tooth), place space maintainers or perform any other dental work as needed. I understand that there are risks to dental treatment including swelling or pain that may occur from the injection of a local anesthetic or allergic reaction. (For additional information regarding the risks of treatment and treatment alternatives, please call the number below.) I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payer. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. I have received the Notice of Privacy Practices attached to this form and consent to the release of my child's medical record information as described therein.

We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue texts, reply "STOP" to any message received from us. You also agree to receive pre-recorded and/or auto-dialed telephone calls relating to the school dental program at the land-line and/or mobile telephone numbers provided on this consent form.

This signed consent authorizes my child's initial dental visit and future visits. I may withdraw this consent at any time in writing to the address below.

SIGN HERE →

PRINT NAME _____

DATE _____

For your privacy, please fold & secure.



Escanee el código con su teléfono.



FÁCIL Y CONVENIENTE... Su hijo tiene algún dentista regular? Si la respuesta es no, y su hijo no a visitado un dentista dentro de 12 meses, el o ella es elegible para inscribirse.

SI SU HIJO YA TIENE UN DENTISTA, LE SUGERIMOS QUE SIGA EL TRATAMIENTO CON SU DENTISTA NORMAL.

CUIDADO DENTAL COMPLETO Nuestro Servicio Completo de Cuidado Dental incluye:
Un examen completo, radiografías, limpieza, fluoruro, sellantes, y tratamiento de caries cuando sea necesario.

Escuela: _____ Condado: _____
 Nombre del Estudiante: _____ M _____ F _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ / _____ / _____
 Teléfono Primario: (_____) _____ Teléfono Alternativo: (_____) _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Email: _____ Grado: _____ Nombre de Maestro: _____

MI HIJO TIENE MEDICAID/PEACHCARE

llene los 12 dígitos del # de Medicaid

Medicaid y PeachCare cubre el 100% del tratamiento.

MI HIJO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO:

Nombre de la Compañía: _____ Número de Teléfono de la Compañía: _____
 Nombre del Asegurado Primordial: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado Primordial: _____
 Numero de Póliza o Seguro Social del Asegurado Primordial: _____ Empleador: _____

NIÑO NO TIENE ASEGURANZA: (círcule uno) Cheque, Targeta de Credito o Giro Postal

HISTORIA MEDICA DEL NIÑO

SELECCIONES LAS CONDICIONES QUE APLIQUEN A SU NIÑO

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia a algún medicamento* (anotelo abajo) | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> Condición del Corazón (describa hacia abajo) |
| <input type="checkbox"/> Asma o Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> Celula de la Oza | <input type="checkbox"/> Cáncer | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Ataques epilécticos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmisibles | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia o problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Problemas del Riñon | <input type="checkbox"/> Requiere Acceso a Silla de Ruedas | _____ |

Notifiquenos de cualquier cambio en el historial medico. Es impórtante tener el historial medico y dental mas preciso y reciente para poder proveer un examen y evaluación dental adecuado.

*Lista de alergias a algún medicamento u otra cosa: _____

Nombre y # de Teléfono del Doctor: _____ Teléfono: _____

Use el espacio de abajo para darnos información adicional sobre la salud de su niño, incluyendo cualquier tratamiento que este recibiendo, alguna otra enfermedad de significado, uso de alcohol o tabaco (incluyendo el que no se fuma). Liste todos los medicamentos que esta tomando. O si su hijo necesita tomar medicamento antes de recibir tratamiento dental.

LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a Mark Shurett, DDS, PC (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño mencionado arriba del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x y sellantes. Autorizo al dentista a que atienda cualquier carie o poner una corona de acero inoxidable sobre el diente si es necesario. Autorizo al proveedor a extraer cualquier diente de leche problemático, o a proveer una endodoncia (que es el retiro del nervio adentro del diente), colocar mantenedores de espacio o realizar cualquier otro trabajo dental, según sea necesario. Entiendo que existen riesgos al recibir tratamientos dentales incluyendo inflamación o dolor despues de haber recibido la inyección de la anestesia o una reacción alérgica. (Para información adicional sobre los riesgos del tratamiento dental y tratamientos alternativos por favor llame al número de abajo.) Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. Al menos de que allá echo algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. He recibido la notificación de prácticas privadas adjunta a esta hoja de consentimiento y consiento la divulgación de los expedientes médicos como descrita en la misma.

Puede que nosotros le enviemos mensajes por texto acerca de el programa dental. Mensajes/o cargos de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicio telefonico; Para discontinuar los textos responda "Stop" a cualquier mensaje recibido de nuestra parte. Usted también acepta recibir transmission pre grabada y/o auto llamadas telefonicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporcionoen esta forma de consentimiento.

Con mi firma autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba la visita inicial dental y las próximas visitas que sean requeridas según sus necesidades dentales. Yo puedo retirar mi consentimiento en cual quier momento por escrito a la dirección de abajo.

FIRME AQUI

NOMBRE IMPRESO

FECHA

Para su privacidad doble y asegure.

