

SHDS School House Dental Services
"We Style SMILES" - Dr. Jerrold W. Smith, Sr., D.D.S.
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIO DENTALES

Nombre de Estudiante: _____ Numero de Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Numero de Telefono: _____ Cuarto: _____

Estimado(a) Padre/Guardian(a): _____

Servicios dentales incluyendo el examen dental gratis, limpieza, y aplicacion de fluoruro se le dara a su nino(a) por dentistas con experiencias y licencias. Si su higo(a) necesita tratamiento para problemas dentales se le informara y le referira un dentista de su preferencia.

Si usted quiere que su higo(a) tenga este cuidado dental preventivo y tiene una tarjeta medica llene este informacion abajo.

Copia de su tarjeta medica exactamente o manda tarjeta medica expirada a la escuela.

Le doy permiso a _____ Par tener el examen dental, limpieza y examen fluoruro.

Firma de Padre/Guardian _____ Fecha

Si tiene una tarjeta medica, por favor informacion de la copia de tarjeta formar abajo.

(El informacion siguiente abajo se hallara en el lado del marcha atras de usted tarjeta formar abajo.)

Nombre de Nino(a) _____ Nino Destinatario Cuenta _____ Cumpleanos _____

ESTADO De ILLINOIS
SECCION De AYUDA PUBLICA
TARJETA de la ELEGIBILIDAD MEDICA

Caso Cuenta

(El informacion siguiente abajo se hallara en el frente de su tarjeta medica.)

Nombre _____

Direccio _____

Codificacion de silbido _____