AURORA CHILDREN’S DENTAL SERVICE SOLICITUD

Instrucciones: Por favor completa toda la información a continuación. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Una vez completado, devuélvelo a la enfermera de la escuela. Si se aprueba su solicitud, la enfermera de la escuela le notificará y Aurora Children 's Dental Service se comunicará con usted para programar una cita.

Información del estudiante:

Nombre: ______________________________fecha de nacimiento:_______________________ Edad: __________

Escuela:____calificación_________

Dirección:____
____

Guardián 1

Nombre: ____ Relación con el estudiante: _______________________

Lugar de empleo: ___________________________ Número de teléfono del trabajo:___________________________

Ingreso Bruto Mensual:______________

Guardián 2

Nombre: ____ Relación con el estudiante: _______________________

Lugar de empleo: ___________________________ Número de teléfono del trabajo:___________________________

Ingreso Bruto Mensual:______________

Preguntas adicionales:

1. ¿Tienes seguro dental para tu familia? **Si____ No ____**
2. ¿Está recibiendo asistencia del Departamento de Ayuda Pública? **Si ____ No ____**
3. ¿Tienes una dentista general? **Si ____ No ____**

Solicito la ayuda de Aurora Children 's Dental Service para asegurar la atención dental necesaria para mi hijo. Entiendo que un adulto debe estar presente en todas las visitas al dentista. Entiendo que es mi responsabilidad comunicarse con el consultorio del dentista al menos 24
horas de anticipación si es necesario reprogramar la cita de mi hijo. Además, entiendo que mi hijo será dado de baja del programa si hay cancelaciones innecesarias o citas rotas.

Firma del padre / tutor: ____ Fecha _________________________

****La ENFERMERA ESCOLAR debe completar la sección siguiente****

Razón para referir:____

Date of Referral: ________________________

Esta niña requiere tratamiento urgente: Si ____ No ____

En caso afirmativo, describa:

____

¿Tiene el niño alguna condición médica/diagnóstico que afectaría su capacidad para recibir atención dental estándar?____

Firma de la enfermera de la escuela: ____

Número de teléfono: ____