



THE DENTIST IS COMING TO YOUR SCHOOL!

Our school has joined with Michigan Dental Outreach to offer in-school dental care.

Taking care of your child's teeth is important to keep them healthy.

EASY & CONVENIENT - A state licensed dentist will regularly check your child's mouth & teeth, as well as provide a cleaning, x-rays as necessary, fluoride treatment and apply sealants, as needed. Additional care, such as fillings, may also be provided. A dental report card will be sent home with your child. Includes initial dental care & follow-up visits. **SIGN AND RETURN TO YOUR SCHOOL TODAY!**

PLEASE COMPLETE

Child's Legal Name _____		Birth Date _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address _____		City _____	State _____ Zip _____
School _____		Teacher _____ Grade _____	
Parent/Guardian Name _____		Phone () _____	
Email _____		Alt Phone () _____	

MEDICAL INFORMATION - Check each condition that applies to your child. **If your child has seen a dentist in the past 12 months, please provide the dentist's or practice's name and address _____ Date _____**

- Dental problems _____ Heart problems/valve replacements/shunts Asthma/breathing problems
 Epilepsy/seizures Allergies _____ Current medications _____ Antibiotic premedication required
 Other health problems (i.e., diabetes, bleeding problems, communicable diseases, etc.)? Explain (attach additional pages as needed) _____

IF CHILD HAS MEDICAID/MICHILD (MEDICAID/DELTA HEALTHY KIDS DENTAL)

Enter Child's 10-digit Medicaid Recipient ID Number HERE: →

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Medicaid & MICHild (Medicaid/Delta Healthy Kids Dental) cover 100% of treatment

OR Child's Social Security # (if available)

□	□	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IF CHILD HAS PRIVATE INSURANCE

Ins. Company name (other than Medicaid) _____ Ins. Phone _____
 Group # _____ Employer name _____ Co. phone _____
 Name of Insured Adult _____ **BIRTH DATE of Insured Adult** _____
 Member ID/Policy # _____ Social Security # of insured adult _____

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE (ALSO CHECK ONE BELOW)

If paying for services, staple check or money order to this form & make payable to: Michigan Dental Outreach, PC.

- I will pay the reduced fee for a dental cleaning, screening & fluoride per visit. **Ages 13 or younger: \$66.00** **Ages 14 or older: \$79.00**
 I request donated care to cover the cost of a dental cleaning, screening and fluoride for my child. (We will send you a donated care application. Available only once per school year for preventive care only.)

If your child sees a dentist regularly, you may want to continue to go to that dentist.

READ & SIGN BELOW

I request that the dentist perform a dental check-up on my child at school which includes exam, cleaning, fluoride, sealants and x-rays as needed, as well as other dental work as needed, including fillings, extractions of infected baby teeth, numbing the mouth and teeth and other procedures as described more fully on the back of this page. **I understand that, at any time, I may choose for my child to receive care from their dental home rather than from Michigan Dental Outreach PC.** This permission includes future dental visits. I have read the **IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS PAGE** and understand and agree to its terms.

SIGN & DATE HERE →

DATE _____

OFFICE USE ONLY	
1st	6 mo
	exam, prophy, fluoride
	exam, prophy
	4 bwx
	PA films for diagnosis
	seal perm molars
	(1st) or (2nd) perm molars
	csf

For your privacy, please fold & secure.

QUESTIONS: 1-888-833-8441 FAX: 1-888-330-4331 AFTER HOURS: 1-800-964-7820 Visit us at: mobiuledentists.com



طبيب الأسنان قادم إلى مدرستك!

انضمت مدرستنا إلى

Smile North Carolina

تقدم العناية بالأسنان داخل المدرسة.

...أطباء الأسنان الجوالون



العناية بأسنان طفلك أمر مهم للحفاظ على صحته.

السهولة والراحة - سوف يقوم طبيب أسنان مرخص من الولاية بفحص فم طفلك وأسنانه بانتظام، بالإضافة إلى توفير التنظيف والأشعة السينية عند اللزوم، والعلاج بالفلورايد واستخدام مواد الحشو، حسب الحاجة. ويمكن أيضاً تقديم رعاية إضافية، مثل الحشو، وسيتم إرسال رسالة بريد إلكتروني مع العلاج للأسنان إلى المنزل مع طفلك. ويشمل ذلك الرعاية الأولية للأسنان وزيارات المتابعة! **اقرأ هذا النموذج وقم بإعادته إلى المدرسة اليوم!**

يرجى الإكمال

الاسم القانوني للطفل	تاريخ الميلاد	ذكر <input type="checkbox"/>	أنثى <input type="checkbox"/>
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
المدرسة	المعلم	الصف	
اسم الأب/ولي الأمر	الهاتف ()		
البريد الإلكتروني	الهاتف البديل ()		
المعلومات الطبية - ضع علامة أمام كل حالة تنطبق على طفلك. التاريخ التقريبي لآخر زيارة لطبيب الأسنان: _____			
<input type="checkbox"/> مشاكل في الأسنان _____ <input type="checkbox"/> مشاكل في القلب/استبدال صمامات/تحويلات <input type="checkbox"/> الربو/صعوبة في التنفس			
<input type="checkbox"/> صرع/نوبات <input type="checkbox"/> حساسية _____ <input type="checkbox"/> العلاجات الحالية _____ <input type="checkbox"/> مطلوب علاج مسبق بالمضادات الحيوية			
<input type="checkbox"/> مشاكل صحية أخرى (مثل مرض السكري، ومشاكل النزيف، والأمراض المعدية، إلخ.)؟ اشرح (قم بإرفاق صفحات إضافية حسب الحاجة) _____			

في حالة التأمين على طفلك لدى MEDICAID/NC HEALTH CHOICE FOR CHILDREN

أدخل رقم هوية المنتسب إلى خدمة Medicaid المكون من ١٠ أرقام هنا: _____

تغطي Medicaid و NC Health Choice For Children نسبة ١٠٠٪ من العلاج

أورقم الضمان الاجتماعي للطفل (إذا كان متوفراً) _____ - _____ - _____

إذا كان الطفل لديه تأمين خاص

اسم شركة التأمين (غير Medicaid) _____

هاتف شركة التأمين _____

رقم المجموعة _____ اسم رب العمل _____ رقم هاتف الشركة _____

اسم الشخص البالغ المؤمن عليه _____

رقم العضو/رقم البولي _____ رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المؤمن عليه _____

رقم الميلاد للشخص البالغ المؤمن عليه _____

إذا كان الطفل لا يمتلك تأميناً للأسنان

(حدد أيضاً أحد الخيارات التالية) في حالة سداد مقابل الخدمات، يرجى تدبير الشيك أو الحوالة المالية بهذه الاستمارة. على أن تكون الجهة المستحقة هي: Smile North Carolina.

سوف أرفع التكاليف المخفضة لتنظيف الأسنان وفحصها وعلاجها بالفلورايد في كل زيارة. ١٢ عاماً أو أصغر: ٣ دولارات ١٣ عاماً أو أكبر: ٥٦ دولاراً

أطلب الحصول على رعاية ممنوحة دون مقابل لتغطية تكاليف تنظيف الأسنان والفحص والعلاج بالفلورايد لطفلي. (سوف ترسل لك طلب الرعاية الممنوحة دون مقابل. متاحة مرة واحدة فقط في كل سنة دراسة للرعاية الوقائية فقط.)

اقرأ ووقع أدناه

أرجو أن يقوم طبيب الأسنان بإجراء فحص للأسنان لطفلي في المدرسة، والذي قد يتضمن الفحص والتنظيف والعلاج بالفلورايد ومواد الحشو والأشعة السينية، حسب الضرورة، بالإضافة إلى أي علاج آخر للأسنان حسب الحاجة. بما في ذلك الحشو وخلع الأسنان اللبنية المصابة، وتخدير الفم والأسنان وغيرها من الإجراءات كما هو موضح بشكل كامل على ظهر هذه الصفحة. ويشمل هذا الإذن زيارات طبيب الأسنان في المستقبل. لقد قرأت الإشعار الهام والموافقة على ظهر هذه الصفحة وأفهم وأوافق على شروطه.

وقع وسجل التاريخ هنا

التاريخ

للمحافظة على خصوصيتك،
قم بطي الاستمارة وإغلاقها.

تفضل بزيارتنا على: mobiledentists.com

الفاكس: 1-888-330-4331

الأستلة: 1-888-833-8441

ليودور ف. ماير، دكتور في جراحة الأسنان - طبيب الأسنان العام ومدير قسم الأسنان
525 North Tryon St., Suite 1600, PMB 209, Charlotte, NC 28202

©Theodore F. Mayer, DDS P.A., 2015