



SONRISAS Inteligentes

PROGRAMA DENTAL EN LA ESCUELA



Ayudando a los niños a tener sonrisas saludables para un futuro más brillante.

Nuestro programa dental en la escuela ofrece evaluaciones dentales y aplicaciones de barniz de flúor sin ningún costo de bolsillo para las familias. Estos servicios son preventivos y educativos.



EVALUACIÓN DENTAL

Un examen visual rápido para detectar signos de caries y otros problemas dentales.



BARNIZ DE FLÚOR

Un recubrimiento seguro, rápido e indoloro que fortalece los dientes y ayuda a prevenir las caries.



SEGURO MÉDICO

Ciertos seguros pueden cubrir el costo de la evaluación y la aplicación de flúor.



Incluso si su hijo ya tiene un hogar dental, recomendamos su participación para reforzar hábitos saludables.

No habrá ningún costo adicional por los servicios proporcionados en la evaluación escolar. Ciertas aseguradoras cubrirán el costo de la evaluación y la aplicación de flúor.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del niño _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Raza _____ Etnicidad _____
Género _____
Dirección de casa _____
Ciudad _____ Código postal _____
Número de teléfono _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Tipo de seguro (marque uno y complete) ☐ Sin seguro
Medicaid # _____ CHP+ _____
Seguro privado _____ Número de póliza _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Nombre del padre/tutor _____
Relación con el niño _____
Número de teléfono _____



INFORMACIÓN DENTAL

¿Su hijo tiene actualmente un dentista?

☐ Sí ☐ No

Nombre del dentista _____



ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

¿Está su hijo viendo a un médico de atención primaria/pediatra?

☐ Sí ☐ No

Nombre _____



CONSENTIMIENTO

Por favor, complete este formulario de consentimiento en línea en rivervalleyfhc.com/smart-smiles o escanee aquí:

Si no puede completar y enviarnos el formulario electrónicamente, devuelva este formulario al maestro de su hijo.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba una evaluación dental y la aplicación de barniz de flúor.

Firma del padre/tutor _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____ Fecha _____



¡Escanee para
COMPLETAR EN LÍNEA!

Seguro • Fácil • Rápido

rivervalleyfhc.com/smart-smiles



Sonrisas saludables hoy. Futuros más fuertes mañana.

