



# MISSED DENTAL CARE DUE TO COVID?

## Get in-school dental care at **NO COST\*** to you.

\* For patients covered by Medicaid or Maryland Healthy Smiles

**Sign Up Online!**  
www.MySchoolDentist.com

Scan the code with your phone.



### 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. Permission 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 ( )	

#### IMPORTANT HEALTH QUESTION

**DOES YOUR CHILD HAVE ANY PAST OR PRESENT MEDICAL CONDITIONS, DISABILITIES, BEHAVIOR OR OTHER PROBLEMS? PLEASE CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD AND EXPLAIN IN THE SPACE PROVIDED. ATTACH ADDITIONAL INFORMATION TO THIS FORM AS NEEDED. IF NO CONDITIONS APPLY, LEAVE BLANK.**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Active contagious diseases (including COVID-19) | <input type="checkbox"/> Allergies-foods/seasonal | <input type="checkbox"/> Bleeding disorders | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Kidney disease |
| <input type="checkbox"/> Asthma  | <input type="checkbox"/> Allergies-medications    | <input type="checkbox"/> Breathing problems | <input type="checkbox"/> Heart problems   | <input type="checkbox"/> Liver disease  |
| <input type="checkbox"/> Other _____                                     | <input type="checkbox"/> Behavior problems        | <input type="checkbox"/> Dental problems    | <input type="checkbox"/> Immune disorders | <input type="checkbox"/> Seizures       |
- Explain \_\_\_\_\_

List current medications and/or dental concerns: \_\_\_\_\_

#### IF CHILD HAS MEDICAID/MARYLAND HEALTHY SMILES

Enter Child's 11-digit Medicaid Recipient ID Number HERE: →

OR Child's Social Security # (if available)    -   -

#### PRIVATE DENTAL INSURANCE

Ins. Company Name (not Medicaid)	Ins. Phone ( ) -
Group #	Co. Phone ( ) -
Employer Name	
Insured Adult Name	Insured Adult Birthdate / /
Member ID/Policy #	Insured Adult SS # - -

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

- I will pay the reduced fee for a dental cleaning, screening & fluoride per visit. **Ages 13 or younger: \$70.00** Ages 14 or older: **\$87.00**
- 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 paying for services, staple check or money order to this form & make payable to: Smile Maryland. To pay by credit card, call 855-481-8639.

If your child sees a dentist regularly, and you want to continue care with that dentist, you should do so.

#### READ & SIGN BELOW

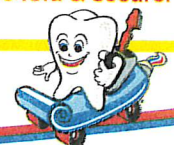
I understand and authorize S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC (Provider), its affiliated dentists or dental hygienists, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian, including an exam, cleaning, fluoride, sealants, x-rays and the application of Silver Diamine Fluoride as needed. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color. SEE BACK FOR DETAILS.) I also authorize any other dental work such as fillings, extractions of problem baby teeth, performing a pulpotomy (baby tooth nerve treatment), numbing the mouth and teeth and other procedures as needed. I have read the IMPORTANT HEALTH QUESTION above and will report any significant changes in my child's health to 855-481-8639. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS PAGE and understand and agree to its terms.

**SIGN & DATE HERE**

This consent authorizes the initial and future dental visits.

DATE

For your privacy, please fold & secure.



QUESTIONS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visit us at: [mobicdentists.com](http://mobicdentists.com)

**ESPAÑOL AL REVERSO**





# ¿PERDIÓ CUIDADO DENTAL DEBIDO A COVID?

Obtenga atención dental en la escuela  
**SIN COSTO\*** para usted.

\* Para pacientes con convertura Medicaid o Maryland Healthy Smiles

¡Regístrese en línea!  
[www.MySchoolDentist.com](http://www.MySchoolDentist.com)

Escanee el código con su teléfono.



## Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.

**FÁCIL Y CONVENIENTE** - Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, así como proporcionar una limpieza, rayos-x como sea necesario, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. Tratamiento adicional como rellenos podrían ser proporcionados. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Permiso incluye tratamiento recibido y requerido.

**¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!**



### LLENE POR FAVOR

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro		Grade
Padre/Tutor Legal	Teléfono ( )		
Correo electrónico	Teléfono Alt. ( )		

### PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE SE APLICA A SU HIJO Y EXPLÍCITA EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. SI NO SE APLICA CONDICIONES, DEJE EN BLANCO.

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas activas (incluyendo COVID-19) | <input type="checkbox"/> Alergias-alimentos/estacionales | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado   | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon  |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento     | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | Explique _____   | <input type="checkbox"/> Problemas dentales      | <input type="checkbox"/> Trastornos inmunológico | <input type="checkbox"/> Convulsiones          |

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: \_\_\_\_\_

### NIÑO TIENE MEDICAID/MARYLAND HEALTHY SMILES

Llene los 11-dígitos de Medicaid del Niño AQUÍ:

→

Número de seguro social del niño (si está disponible)    -   -

### SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de Aseguransa (no Medicaid)	Tel. Aseguransa ( ) -
# Grupo Empleado	Tel. de Empleado ( ) -
Nombre Adulto Asegurado	Fecha Nacim. Adulto Asegurado / /
ID Miembro/# Póliza	# Seg. Soc. Adulto Asegurado -

### NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL

(POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN ABAJO)

En caso de pagar por los servicios, engrape el cheque o giro postal en esta forma, y haga el pago a: Smile Maryland. Para pagar con tarjeta de crédito, llame al 855-481-8639.

- Voy a pagar la tarifa reducida para una limpieza dental, examen y fluoruro por visita. Edad 13 o menor: **\$70.00** Edad 14 o mayor: **\$87.00**
- Certifico que no puedo pagar por el costo reducido y pido asistencia financiera completa la cual cubrirá la limpieza, examen y fluoruro. (Le enviaremos una aplicación por correo. Disponible para tratamiento preventivo solo una vez por año escolar.)

Si su hijo ve a un dentista con regularidad y gustaría continuar tratamiento con él, debería seguir con su dentista.

### LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC (Proveedor), y a sus dentistas afiliados o higienistas dental, a proveer servicios dentales en la escuela al niño mencionado anteriormente de quien soy el padre custodio o tutor legal, incluyendo un examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, rayos-x, y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro. VEA ATRÁS PARA MÁS DETALLES.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, extracciones de dientes de leche, realizar una endodoncia (tratamiento de nervio del diente de leche), adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos según sean necesarios. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo del salud de mi hijo a 855-481-8639. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad doble y asegure.



PREGUNTAS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visítenos en: [mobiudentists.com](http://mobiudentists.com)

