



HEALTHY SMILE HEALTHY CHILD

If you have Medicaid/NV Check Up please bring your card. Healthy Smile Healthy Child requires the following if you don't Si tiene Medicaid/NV Check-Up por favor traiga su tarjeta. Healthy Smile Healthy Child requiere la siguiente información si no tiene Medicaid/NV Check o' seguro dental: comprobante de ingresos (2 meses), comprobante de domicilio (recibo de luz), y comprobante de dependes (ID o' actas de nacimiento). Una cuota de \$300.00 en concepto de cargos administrativos será aplicable cuando haiga calificado para el programa.

Referring Agency	Phone#	Name of Dentist	Dentist Signature
REASON FOR REFERRAL: GENERAL ENDODONTIST ORAL SURGEON PEDIATRIC PERIODONTIST ORTHO			
TRiage 1 2 3 4 5 (1-high risk 5- low risk)	Emergency Yes No	X- Rays: Yes No (PLEASE CHECK AND SEND WITH REFERRAL)	TX PLAN: Yes No RETREATMENT Yes No
TEETH TO BE EVALUATED/TREATED: _____		Medicaid/NV Check Up	# _____

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO _____	NOMBRE _____	SEG NOM _____
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO _____	EDAD _____
LUGAR DE NACIMIENTO _____	RAZA _____	SEGURO SOCIAL# _____
DIRECCIÓN _____	APT/ESPACIO # _____	
CIUDAD _____	ESTADO _____	CODIGO POSTAL _____
NOMBRE DE PEDIATRA/CLINICA MEDICA _____		PH# _____
1# EMERGENCIA NOMBRE _____	TEL# _____	RELACIÓN _____
2# EMERGENCIA NOMBRE _____	TEL# _____	RELACIÓN _____

MADRE/GUARDIAN

Nombre _____	Nombre de Empleador _____
<input type="checkbox"/> IGUAL QUE EL PACIENTE	Dirección Calle Apt# Ciudad Estado Código
Tel. Celular# _____	Tel. Casa# _____
Correo Electrónico _____	Tel. Trabajo# _____

PADRE/GUARDIAN

Nombre _____	Nombre de Empleador _____
<input type="checkbox"/> IGUAL QUE EL PACIENTE	Dirección Calle Apt# Ciudad Estado Código
Tel. Celular# _____	Tel. Casa# _____
Correo Electrónico _____	Tel. Trabajo# _____

Certifico que las declaraciones en esta solicitud son ciertos y completos. Autorizo a Healthy Smile Healthy Child obtener la información que pueda ser necesaria en relación con las declaraciones hechas en esta solicitud. Si usted es un tutor legal, la documentación debe ser presentada. Entiendo que tengo que estar sin seguro dental y cumplir con los requisitos de ingresos para calificar y esta aplicación debe ser actualizada anualmente.

Firma De Padres/Guardián Legal _____ Relación al Paciente _____ Fecha _____