HEALTHY SMILE
HEALTHY CHILD

Por favor llame para programar una cita ó para más información al 775.982.7989 ó por email mvazquez@renown.org
Si tiene Medicaid/NV Check-Up por favor traiga su tarjeta. Healthy Smile Healthy Child requiere lo siguiente si su niño no tiene seguro dental: comprobante de ingresos *(2 meses consecutivos)*, comprobante de domicilio *(recibo de luz o' telefono)*, y comprobante de dependes *(ID o' actas de nacimiento-para cada miembro)*. 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**

TEETH TO BE EVALUATED/TREATED: _____

TRIAGE 1 2 3 4 5 *(1-high risk 5- low risk)* **Emergencies** ☐ **Yes** ☐ **No** **X-Rays:** ☐ **Yes** ☐ **No** **TX PLAN:** ☐ **Yes** ☐ **No** *(PLEASE CHECK AND SEND WITH REFERRAL)* **RETREATMENT** ☐ **Yes** ☐ **No**

Last Dental Visit _____ **Medicaid/NV Check Up #** _____ ☐ Liberty ☐ HP Enterprise

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO _____ **NOMBRE** _____ **SEG NOM** _____

SEXO ☐ **M** ☐ **F** **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **EDAD** _____ **SEGURO SOCIAL#** _____

LUGAR DE NACIMENTO _____ **RAZA** _____ **TELEFONO#** _____

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 _____

☐ IGUAL QUE EL PACIENTE Dirección _____ Calle _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Tel. Celular# _____ Tel. Casa# _____ Correo Electrónico _____ Tel. Trabajo# _____

PADRE/GUARDIAN

Nombre _____ Nombre de Empleador _____

☐ IGUAL QUE EL PACIENTE Dirección _____ Calle _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

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 Padre/Guardián Legal _____ Relación al Paciente _____ Fecha _____