



In-School Dental Care At No Cost* To You

EASY & CONVENIENT—A state licensed dentist will regularly check your child's mouth and 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 and follow-up visits.



* For patients covered by Medicaid, Healthy Start or Healthy Families

YES, I would like my child to be seen by the in-school dentist AT NO COST TO ME.

Child's Legal Name	Birth Date	Male/Female
Address	City	State
School	Teacher	Grade
Parent/Guardian Name	Phone	
Email	Alt. Phone	

IMPORTANT HEALTH QUESTION

Does your child have any past or present medical or dental conditions or disabilities? This may include heart issues, breathing problems, brain/seizure disorders, allergies (including drug allergies), diabetes, bleeding problems, communicable diseases or immune disorders, etc. If Yes, explain below (attach additional pages as needed). IF NO, LEAVE BLANK.

List current medications	List any dental concerns
--------------------------	--------------------------

MY CHILD HAS MEDICAID/HEALTHY START/HEALTHY FAMILIES

Circle one of the following: Medicaid, CareSource, United Healthcare, Buckeye, Molina, Paramount, Other: _____

Enter Child's Recipient ID Number HERE

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

MY CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE

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

I understand and authorize Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC (Provider) and its affiliated dentists or dental hygienists to provide the following services on my child at school which includes exam, cleaning, fluoride, sealants and x-rays as needed, as well as to perform any other dental work as needed, including fillings, extractions of infected baby teeth, placement of space maintainers, numbing the mouth and teeth and other procedures as described more fully on the back of this page. 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. I may withdraw this consent at any time by calling 855-481-8639.

SIGN → Parent/Guardian Signature _____ Date _____

This consent authorizes the initial and future dental visits.

QUESTIONS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visit us at: mobiudentists.com

Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director
Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 6725 W. Central Ave., Suite M #111, Toledo, OH 43617
© Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 2018



Ohio Dental Outreach
...the mobile dentists



¡AHORRE TIEMPO!

Regístrese en línea

www.MySchoolDentist.com

¡PROTEJA A SU HIJO!
toothprints
(Impresiones dentales)

GRATIS
para todos los pacientes

Cuidado dental en la escuela sin costo* para usted.



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. Incluye tratamiento recibido y requerido.

* Para pacientes con convertura Medicaid, Healthy Start o Healthy Families



Sí, me gustaría que mi hijo sea visto por el dentista dentro de la escuela **SIN COSTO PARA MÍ.**

Nombre Legal del Niño	Fecha de Nacimiento	Hombre/Mujer	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro	Grado	
Padre/Tutor Legal	Teléfono		
Correo electrónico	Teléfono Alt.		

PREGUNTA DE SALUD IMPORTANTE

¿Su hijo tiene alguna discapacidad o condiciones médicas o dentales en el pasado o presente? Puede incluir problemas del corazón, problemas de respiración, trastorno del cerebro/convulsiones, alergias (incluye alergia a medicamentos), diabetes, problemas de sangrado, enfermedades transmisibles o desorden inmunitario, etc. Si es así, por favor explique abajo (adjunte hojas adicionales si es necesario). Si No, deje el espacio abajo en blanco.

Anote los medicamentos que este tomando	Anote cualquier problemas dental
---	----------------------------------

MI NIÑO TIENE MEDICAID / HEALTHY START / HEALTHY FAMILIES

Circule uno de los siguientes: Medicaid, CareSource, United Healthcare, Buckeye, Molina, Paramount, Otro: _____

Escriba el numero de identificación del niño AQUÍ:

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

MI NIÑO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de la Comp. de Seguro Tel. del Seg. # Grupo

Empleador Tel. del Empleador

Nombre del Adulto Asegurado **FECHA DE NACIMIENTO** del adulto Asegurado

Póliza/ID **SEGURO SOCIAL** del Adulto Asegurado

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

Entiendo y autorizo a Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC (Proveedor) y a sus dentistas afiliados o higienistas dental a proveer los siguientes servicios a mi hijo en la escuela la cual cubrirá el examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, y rayos-x como sean necesarios, así como otros trabajos dentales según la necesidad, incluyendo rellenos, extracciones de dientes de leche infectados, colocación de mantenedores de espacio, adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos como se describe con más detalles en la parte posterior de esta página. 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. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento al llamar al 855-481-8639.

SIGN

Firma del Padre/Tutor Fecha

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

PREGUNTAS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visítenos en: mobiiledentists.com

Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director
Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 6725 W. Central Ave., Suite M #111, Toledo, OH 43617
© Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 2018



OH-CLEV-011V1 6/18
Para su privacidad doble y asegure.