Healthy Connections, Inc. (HCI) Registro De Sellador Dental

(Emprimir Porfavor)

Nombre de Maestro(a)_____	Escuela_____	Grado_____

Nombre del Paciente (Apellido, 1er Nombre, 2do Nombre)	Numero de Seguro Social del Paciente	Fecha De Nacimiento	Sexo ☐ M ☐ F Edad _____

Numero Telefonico ( ) _____	Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal

____ No	Este niño(a) no tiene ningun tipo de aseguranza medica o dental.
____Si	El niño(a) tiene MCNA o Delta Smiles. Porfavor adjunte una copia de la tarjeta.
____Si	Si tenemos una aseguranza dental privada, porfavor llene la siguiente informacion

Relacion al Suscriptor (Responsable de la aseguranza) ☐ Si mismo ☐ Hijo(a) ☐ Otro	Nombr e de la aseguranza DENTAL (Porfavor marcar la que corresponda) DELTA DENTAL___ BLUE CROSS & BLUE SHIELD___ UNITED CONCORDIA___ MCNA___ OTRA___

Informacion de la Tarjeta del suscriptor y Seguro Social ID# _____ SS# _____	Nombre en la Tarjeta del Suscriptor (Padre o guardian) Como aparece en la tarjeta (Apellido, 1er Nombre, 2do Nombre)	Fecha de Nacimiento del Suscriptor (MM/DD/AÑO)

Numero de Poliza Dental # (Como esta en la tarjeta) _____	Grupo #	Numero de Telefono: ( ) _____	
Direccion	Ciudad:	Estado	Codigo Postal
Contacto de Emergencia	Relacion:	Numero de Telefono:	

_____ En consideración de la oportunidad de que mi hijo participe y reconociendo plenamente que tal empresa implica un elemento de riesgo, asumo todos los riesgos y riesgos inherentes a dicha participación y, por este medio, libero, absuelvo, indemnizo y acuerdan mantener indemne a Healthy Connections, Inc. (HCI) y / o al personal, y a todos sus funcionarios, empleados y agentes, y acuerdan NO DEBERÁ PRESENTARLOS por cuenta o en conjunto con reclamos, causas de acción, lesiones, daños o costo de los gastos que surge de la actividad. Incluyendo aquellos basados en la muerte, lesiones corporales o daños a la propiedad causados o no por el negligencia o partes siendo liberadas.

_____ Por la presente doy mi consentimiento a Healthy Connections para un examen por un dentista con licencia para determinar la necesidad de servicios dentales
selladores y aplicación para mi hijo.

_____ Doy permiso a la escuela para transportar a mi hijo de la escuela a Healthy Connections y de regreso si es necesario para recibir tratamiento. No responsabilizaré a la escuela por las citas de seguimiento que los dentistas consideren necesarias.

_____ Por la presente doy mi consentimiento a Healthy Connections para fotografiar a mi hijo menor de edad y relevar a HCI de cualquier responsabilidad por el uso del fotografía con fines de tratamiento, identificación y educación solamente

_____ _____

Firma (Padre o Guardian) Fecha (MM/DD/AÑO)