



Dear Parent or Guardian,

Dentists from Family First Health will be coming to your child's school to provide the following services:

- Dental exams
- X-rays
- Dental cleaning
- Fluoride treatment
- Sealants
- Oral hygiene education

Please complete the attached consent form and return to the school nurse giving permission for your child to participate in the 2023-2024 school year oral health program. Our dental staff plans to return to your child's school 3 to 4 times a year to provide the above listed services. This is all an effort to support your child's oral health.

For more information about these, and other Family First Health services, please contact us at (717) 845-8617. We look forward to seeing you!



Estimado Padre o Guardián,

Los profesionales de la salud dental de Family First Health estarán visitando la escuela de su niño(a) con el motivo de brindar los siguientes servicios:

- Exámenes
- Radiografías (Rayos X)
- Limpiezas dentales
- Tratamientos de Fluoruro
- Sellantes/Empastes
- Educación sobre la higiene dental

Por favor, complete el formulario adjunto y entrégueselo a la enfermera de la escuela. En esta forma usted estará autorizándonos a su niño(a) a participar en el programa de salud oral en el año escolar 2023-2024. El personal dental volverá de 3 a 4 veces al año para ofrecer los servicios prestados. Esto es todo un esfuerzo para apoyar la salud oral de tu niño(a).

Para obtener más información sobre este y otros servicios de Family First Health, por favor comuníquese con nosotros al (717) 845-8617. ¡Con gusto le atenderemos en nuestro centro!





School Name: \_\_\_\_\_

Salon de clase #: \_\_\_\_\_

## Formulario de Inscripción del Programa Dental 2023-2024

### Escriba en letra de molde con tinta

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo al nacer (circule):    Masculino / Femenino

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

(Circule)    Madre / Padre / Guardián

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Doy consentimiento a recibir información sobre el cuidado dental de mi hijo a través de mensaje de texto

### Método de Pago

Nombre del Seguro Dental: \_\_\_\_\_

Subscriptor/ID de Miembro: \_\_\_\_\_

Número de Grupo (Seguro Privado): \_\_\_\_\_

**\*Si el seguro es a través del padre/guardián:**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Historial de Salud

Cuando fue el último examen dental del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Por favor indique el historial de salud incluyendo problemas médicos y alergias (marque todos los que apliquen):

Soplo (Corazón)

Asma

Hemofilia

Alergias

Hepatitis A, B, C

Diabetes

VIH/SIDA

Convulsiones

ADHD/ADD\* o problemas del comportamiento/salud mental

Sinusitis/problemas nasales

Problemas de la vista, audición, o el habla

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos (circule):    Si / No

Por favor, enumere sus medicamentos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**En cada visita le preguntaremos sobre cambios en la salud de su niño/niño(a).**

### IMPORTANTE

Mi niño(a) permiso de recibir los siguiente servicios dentales durante el año escolar 2023-2024 , ofrecidos por el personal de la salud dental de Family First Health: exámenes dentales, radiografías(rayos X), limpieza dental, tratamiento de fluoruro, sellantes, y educación sobre la higiene dental. La tarjeta de seguro proveida para los servicios prestados representa mi compañía de seguro actual. Autorizo a Family First Health a que facture mi compañía de seguro por todos los servicios prestados. Si la compañía de seguro no cubre los servicio, el paciente **no recibira** una facture.

He completado el formulario de registraci3n con toda la informaci3n necesaria. Entiendo que todos los servicios se proporcionarán de manera confidencial. Estoy de acuerdo en permitir al personal que comparta el historial de salud de mi niño(a) con Family First Health.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Family First Health Dental Center Locations:**

George Street Center, 116 S. George Street, York, PA - 717.845.8617

Hanover Center, 1230 High Street, Hanover, PA - 717.632.9052

Gettysburg Center, 1275 York Road, Gettysburg, PA - 717.337.9400

Columbia Center, 430 Walnut St, Columbia, PA - 717.356.2233