



We Bring Our Dental Team To You!

Dentists R Us

Coming to
your school

THIS FORM MUST BE FILLED OUT IN ORDER TO PARTICIPATE IN OUR INITIAL DENTAL SERVICE AND 6-MONTH FOLLOWUP

PARENTS/GUARDIAN

Dental services are provided by Licensed Dentists and Hygienists at your child's school. Dental treatment may include an Oral Exam, Cleaning, Fluoride, Sealants and necessary X-Rays. AN ORAL HEALTH REPORT and FREE TOOTHBRUSH will be provided to each child.

Patient (Student) Information (Please Print)

School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____
Student Name: _____ Date of Birth: _____ Gender: _____
Home Address: _____ City: _____ Zip: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Date Of Last Dental Cleaning: _____

HEALTH HISTORY - IMPORTANT. MUST BE FILLED OUT COMPLETELY

Has your child had any history of, or conditions related to, ANY of the following? Check ALL that apply:

- Anemia Asthma/Emphysema Cancer Bleeding Disorder Cerebral Palsy Diabetes Fainting/Epilepsy/Seizures
- Kidney Disease Congenital Heart Disease Heart Murmur Latex Allergy Growth Problems Tobacco/ Drug Use Pregnancy
- HIV/AIDS Liver Disease/Hepatitis Thyroid Disease Joint Replacement Tuberculosis Allergies _____
- Other: _____ Need pre-medication before treatment? (Y / N) Please List Medications: _____

DENTAL INSURANCE INFORMATION

<input type="checkbox"/> My child has MEDICAID/MI CHILD (covers 100% of cost) Medicaid ID Number: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Social Security Number (for billing purposes only): _____ - _____ - _____											<input type="checkbox"/> My child has private dental insurance Name of Dental Insurance _____ Phone Number _____ ID# _____ Name of Parent under whom child is covered _____ Date of Birth of Insured Adult _____ Social Security Number of Insured Adult _____ <i>Please note: HMO policies are not accepted</i>

Dentists R Us will provide a 6-month recall visit for participating schools.

You will be receiving a reminder call prior to our return visit. If you do not wish to have your child seen, please contact our office before the visit.

**The American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) recommends children visit the dentists at least every six months (twice a year).*

IF NO DENTAL INSURANCE CHECK THE BOX THAT BEST APPLIES TO YOU

- (I am unable to pay FULL FEE) I will pay a Reduced Fee of \$35.00 (CHECK PAYABLE TO HEALTHY SMILES) for cleaning, exam, fluoride, due to financial hardship, and will sign Reduced Fee Waiver: Parent/Guardian _____
- Financial Hardship- I have **NO** dental Insurance/ Medicaid. Please call for assistance at (248)268-2093

FOLLOW-UP CARE

- An oral health report will be sent home after every visit indicating any necessary follow-up treatments (fillings, extractions, etc.).
- Follow-up treatment is available at our dental office: 38865 Dequindre Rd. Suite #105 Troy, MI (248) 879-7755
- X-Rays and reports can be sent to the dental office of your choice.

I (Parent/ Legal Guardian) give Dentists R Us/Healthy Smiles permission to perform an initial oral exam, cleaning, fluoride, sealants, necessary X-Rays, and a 6-month check-up (cleaning, fluoride, sealants) on my child; I understand that these services may occasionally cause minor discomfort upon completion. I authorize and request my insurance company to pay Dentists R Us on my behalf. I understand that I am responsible for any deductibles and copays from my private insurance. I understand that treatment may be obtained at patient's dental home rather than mobile dental facility, and that obtaining duplicate services at a mobile facility may affect benefits that he/she receives from a private insurance, a state or federal program, or other third-party provider of dental benefit. I have reviewed Notice of Privacy Practice (HIPPA), on the back of this form. I authorize the school nurse/staff, and/or dentist of my preference to obtain my child's dental records. Please take oral health report to child's present provider if additional dental services are needed. Call our office for more information and questions. I certify that I have read and understood the above information to the best of my knowledge.

PARENT/ GUARDIAN SIGNATURE (REQUIRED) _____ Date: _____
Dentist's Initials _____ Hygienist/Staff Initials _____

THIS FORM MUST BE FILLED OUT IN ORDER TO PARTICIPATE IN OUR INITIAL DENTAL SERVICE AND 6-MONTH FOLLOWUP

الأباء/ الوصي

خدمات طب الأسنان تُقدم بواسطة اطباء اسنان المرخصين و اخصائي صحة ونظافة الاسنان وذلك سيكون في مدارس ابنائكم. علاج الاسنان ربما يتضمن الفحص فموي والتنظيف و الفلوريد و مواد واقية للتسوس بالاضافة الى التصوير الشعاعي اذا استدعى الامر. وسيقدم تقرير عن صحة الفم مع فرشاة اسنان مجانية لكل طفل.

تعبئة معلومات المريض (الطالب) : اسم المدرسة :-
اسم المدرس:-
اسم الطالب:-
عنوان المنزل:-
هاتف المنزل:-
تاريخ اخر زيارة لطبيب الاسنان:-
التاريخ الطبي- مهم ويجب تعبئته كليا.
هل طفلك لديه اي تاريخ لـ / او اعراض مرتبطة بـ / اي من الامراض التالية؟
□ فقر الدم □ الربو □ انتفاخ الرئة □ السرطان □ النزف الدموي □ السكر □ امراض الكلى □ اغماء / صرع / نوبات
□ نوبات امراض القلب الولادية □ ثقب القلب □ حساسية اللاتكس □ مشاكل نمو □ تدخين / مخدرات □ حمل □ نقص المناعة
□ الفايروسي / مرض الايدز □ امراض الكبد/ مرض الكبد الفايروسي □ امراض الغدة الدرقية □ تغيير المفاصل □ مرض السل
□ الحساسية :-
نعم / لا . الرجاء ذكر الادوية (ان وجدت):-
معلومات التأمين الصحي لطب الاسنان

طفلي لديه تأمين الاسنان الخاص

اسم شركة التأمين:-
رقم الهاتف:-
رقم الهوية:-
اسم الام او الاب اللذين يغطون الطفل بتأمينهم:-
تاريخ ميلاد البالغ (الام/ الاب) المؤمن:-
رقم الضمان الاجتماعي للبالغ (الام/ الاب) SSN

طفلي لديه تأمين صحي المديكيد/ ام أي تشايلد

(مغطاة 100%) . رقم التأمين :-

رقم الضمان الاجتماعي (لا غرض الدفع والفواتير فقط)

SSN

نحن اطباء الاسنان Dentists R Us

سيقوم بمعاودة زيارتكم بعد 6 اشهر للمشاركة في المدارس

سيصلكم مكالمة مسبقة لتذكيرك بزيارتنا القادمة. اذا كنت لاترغب بفحص وعلاج ابنك ، رجاء اتصل بمقرنا قبل الزيارة.

• الاكاديمية الامريكية لطب اسنان الاطفال (AAPD) تتصح الاطفال بزيارة طبيب الاسنان كل 6 شهور (مرتين في السنة).

اذا كان ليس لديك تأمين صحي ضع علامة صح على المربع المناسب لك

(لا استطيع دفع التكاليف كاملة) سأدفع مبلغ 35 دولارا فقط الشيك بأسم (Healthy Smiles) للتنظيف و الفحص و الفلوريد و لاسباب مالية صعبة و سنوقع على تنازل الرسوم المخفضة الام / الاب :-

صعوبات مالية – ليس لدي تأمين اسنان / المديكيد. الرجاء الاتصال للمساعدة 248- 268-2093 متابعة الرعاية

• سيتم ارسال تقرير الفم بعد كل زيارة متابعة المعالجة (حشوات الاسنان ، القلع ، الخ)

• متابعة المعالجة متوفرة في عيادة طب الاسنان لدينا مع امكانية ارسال التصوير الشعاعي لعيادتنا.

38865 Dequindre Rd. Suite #105 Troy, MI

Phone: (248)879-7755

انا (الام/ الاب / الوصي القانوني) اعطي (نحن اطباء/ الابتسامة الجميلة) الأذن بالفحص المبني والتنظيف و الفلوريد و المواد الواقية للتسوس و التصوير الشعاعي الضروري و فحص ال6 اشهر (تنظيف، فلوريد، المواد الواقية للتسوس) لطفلي، اعلم ان هذه الخدمات قد تؤدي الى الشعور بعدم الراحة عند الانتهاء. اخول شركة التأمين الصحي بالدفع لـ نحن الاطباء على مسؤوليتي. اعلم بانني المسؤول عن اي خصومات او الدفع المشترك. انا افهم ان المعالجة التي قد يتم الحصول عليها في عيادة طب الاسنان عوضا عن عيادة طب الاسنان المتنقلة وهذا التكرار في خدمات عيادة طب الاسنان المتنقلة ربما يؤثر على حزمة الفوائد التي يحصل او تحصل عليها من شركة التأمين الخاصة او تأمين الولاية او برنامج التأمين الفدرالي او اي خدمات تأمين لطب الاسنان. اعطي الحق لـ مربية / كادر المدرسة او طبيب الاسنان للحصول على سجل طب الاسنان الخاص بطفلي. رجاء اخذ تقرير الفم للطفل اذا كان هناك حاجة لرؤية طبيب اسنان اخر. اتصل بنا اذا كان لديك اي اسئلة او استفسارات. انا اقر انني قرأت و فهمت المعلومات اعلاه بالشكل الصحيح.

توقيع الاب/ الام/ الوصي (مهم) التاريخ:-

Dentist's Initials..... Hygienist/staff Initials.....

Revised 1/2019