

Arizona Dental Foundation • 480-344-5777/800-866-2732



Su niño recibió un examen oral por la higienista dental de la escuela y requiere cuidado dental. Los dentistas voluntarios proveerán tratamiento libre de costo el viernes, _____ en _____

teléfono _____.

La enfermera de la escuela hará todos los arreglos de transportación.

You are responsible for transporting your child.

Por favor llene las formas incluidas y entregar a la enfermera de la escuela no más tarde el día _____ de _____. Cuando la enfermera de la escuela reciba las formas, se le hará una cita a su niño para que le tomen radiografías. Si usted tiene preguntas acerca del programa, "Dándole A Los Niños Una Sonrisa", por favor llame a la enfermera de la escuela.

Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____ Numero de teléfono _____

Ultima visita dental:

Durante el Día Dándole A Los Niños Una Sonrisa

Durante El Año Pasado

Hace 1-3 Años

Mas De 3 Años

No Sabe

Nunca

¿Su niño ya tiene un dentista? _____ Sí _____ No

Nombre de dentista, si tiene: _____

¿Su niño tiene seguro dental, AHCCCS, o KidsCare? _____ Sí _____ No

Nombre de seguro: _____

Si no, usted ha aplicado para AHCCCS o KidsCare para sus niños? _____ Sí _____ No

¿Ingreso total anual de la casa?

Bajo \$10,000

\$10,001-\$20,000

\$20,001-\$30,000

\$30,001-\$40,000

\$40,001-\$50,000

\$50,001 o mas

¿Cuántas personas viven en la casa, incluyendo niños y adultos?

2-3

4-5

6-7

8-9

more than 10

Nombre de Padre/Guardián: _____

Porque el alimentador de originales no reconoce a "ningún niño a la izquierda detrás de", aceptaremos a niños de todas las nacionalidades y pertenencias étnicas. La información recogida aquí está para los propósitos de la investigación solamente. Sin embargo, este programa se diseña para las edades de los niños que 6-12 quienes están experimentando dolor oral, no califica para AHCCCS y que no puede permitirse seguro dental.