



THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL!

Get in-school dental care at **NO COST*** to you.

* For patients covered by Medicaid or PA CHIP

Sign Up Online!
www.MySchoolDentist.com

Scan the code with your phone.



Taking care of your child's teeth is important to keep them healthy.

EASY & CONVENIENT - A state licensed dentist will regularly check your child's mouth & 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. Permission includes initial dental care & follow-up visits. **SIGN AND RETURN TO YOUR SCHOOL TODAY!**

PLEASE COMPLETE

Child's Legal Name		Birth Date	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address		City	State
School		Teacher	Zip
Parent/Guardian Name		Phone ()	
Email		Alt Phone ()	

IMPORTANT HEALTH QUESTION

DOES YOUR CHILD HAVE ANY PAST OR PRESENT MEDICAL CONDITIONS, DISABILITIES, BEHAVIOR OR OTHER PROBLEMS? PLEASE CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD AND EXPLAIN IN THE SPACE PROVIDED. ATTACH ADDITIONAL INFORMATION TO THIS FORM AS NEEDED. IF NO CONDITIONS APPLY, LEAVE BLANK.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Active contagious diseases (including COVID-19) | <input type="checkbox"/> Allergies-foods/seasonal | <input type="checkbox"/> Bleeding disorders | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Kidney disease |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergies-medications | <input type="checkbox"/> Breathing problems | <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> Liver disease |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> Behavior problems | <input type="checkbox"/> Dental problems | <input type="checkbox"/> Immune disorders | <input type="checkbox"/> Seizures |
- Explain _____

List current medications and/or dental concerns: _____

IF CHILD HAS MEDICAID/PA CHIP

Circle one of the following: Aetna, AmeriHealth, Blue Cross CHIP, Gateway, Geisinger, HealthPartners, Keystone First, Kidz Partners, Medicaid, United Concordia CHIP, UnitedHealthcare, UPMC

Enter Child's Recipient ID Number (RIN) HERE: →

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

PRIVATE DENTAL INSURANCE

Group #	Ins. Company Name (not Medicaid)	Ins. Phone () -
Insured Adult Name	Employer Name	Co. Phone () -
Member ID/Policy #		Insured Adult Birthdate / /
		Insured Adult SS# - -

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE (CHECK ONE BELOW)

If paying for services, staple check or money order to this form & make payable to: **Smile Pennsylvania**. To pay by credit card, call 855-481-8639.

- I will pay the reduced fee for a dental cleaning, screening & fluoride per visit. Ages 11 or younger: **\$58.00** Ages 12 or older: **\$69.00**
- I request donated care to cover the cost of a dental cleaning, screening and fluoride for my child. (We will send you a donated care application. Available only once per school year for preventive care only.)

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

READ & SIGN BELOW

I understand and authorize Big Smiles Pennsylvania P.C. (Provider), its affiliated dentists or dental hygienists, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian, including an exam, cleaning, fluoride, sealants, x-rays and the application of Silver Diamine Fluoride as needed. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color. SEE BACK FOR DETAILS.) I also authorize any other dental work such as fillings, extractions of problem baby teeth, performing a pulpotomy (baby tooth nerve treatment), numbing the mouth and teeth, and other procedures as needed. 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.

SIGN & DATE HERE

This consent authorizes the initial and future dental visits.

DATE

For your privacy, please fold & secure.

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

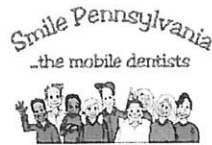
ESPAÑOL AL REVERSO



Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director, Big Smiles Pennsylvania P.C.
 200 Barr Harbor Dr., Ste. 400-4079, West Conshohocken, PA 19428
 © Big Smiles Pennsylvania P.C., 2021

PA-COMPR-014V4 1/22





Dear Parents or Guardian,

If you need financial assistance so your child can receive a dental screening, cleaning, and fluoride, please check the appropriate box and fill out the required information.

School/Center:			
Child's Full Name:		Date of Birth:	
Parent/Guardian Name:		Phone #:	Email:
Address:		City:	State: Zip:

Please check areas that apply to you and fill out information:

My child has Medicaid/Pennsylvania CHIP. The ID # is: _____

Circle one of the following: Medicaid, Gateway, United Healthcare, Keystone First, AmeriHealth Caritas, UPMC, HealthPartners, Geisinger CHIP, Aetna, United Concordia CHIP, Coventry Cares, Kidz Partners, Blue Cross CHIP, Other: _____

I don't have Medicaid/Pennsylvania CHIP and wish to apply.

Medicaid/Pennsylvania CHIP is an affordable insurance program offered by the State of Pennsylvania for children birth through age 18. To qualify for this, a child must be a Pennsylvania resident, under age 19, and live in a family that makes at or below the monthly income in the chart below.

Household Size*	Free		Low Cost				Full Cost
	Ages 1-5	Ages 6-18	Ages 0-1	Ages 1-18	Ages 0-18	Ages 0-18	Ages 0-18
1	\$18,652-\$24,711	\$15,801-\$24,711	\$25,542-\$31,126	\$24,711-\$31,126	\$31,126-\$34,215	\$34,215-\$37,304	\$37,304 – No Limit
2	\$25,152-\$33,322	\$21,307-\$33,322	\$34,443-\$41,973	\$33,322-\$41,973	\$41,973-\$50,303	\$46,138-\$50,303	\$50,303 – No Limit
3	\$31,652-\$41,933	\$26,813-\$41,933	\$43,344-\$52,820	\$41,933-\$52,820	\$52,820-\$58,061	\$58,061-\$63,303	\$63,303 – No Limit
4	\$38,151-\$50,544	\$32,319-\$50,544	\$52,245-\$63,666	\$50,544-\$63,666	\$63,666-\$69,984	\$69,984-\$76,302	\$76,302 – No Limit
5	\$44,651-\$59,156	\$37,826-\$59,156	\$61,146-\$74,513	\$59,156-\$74,513	\$74,513-\$81,908	\$81,908-\$89,302	\$89,302 – No Limit
6	\$51,151-\$67,767	\$43,332-\$67,767	\$70,047-\$85,360	\$67,767-\$85,360	\$85,360-\$93,831	\$93,831-\$102,302	\$102,302 – No Limit
7	\$57,667-\$76,399	\$48,851-\$76,399	\$78,970-\$96,233	\$76,399-\$96,233	\$96,233-\$105,783	\$105,783-\$115,333	\$115,333 – No Limit
8	\$64,198-\$85,052	\$54,384-\$85,052	\$87,914-\$107,132	\$85,052-\$107,132	\$107,132-\$111,764	\$117,764-\$128,395	\$128,395 – No Limit
9	\$70,730-\$93,705	\$59,917-\$93,705	\$96,858-\$118,032	\$93,705-\$118,032	\$118,032-\$129,745	\$129,745-\$141,458	\$141,458 – No Limit
10	\$77,262-\$102,358	\$65,450-\$102,358	\$105,802-\$128,932	\$102,358-\$128,932	\$128,932-\$141,726	\$141,726-\$154,521	\$154,521 – No Limit

To apply for Medicaid/Pennsylvania CHIP, call 1-866-550-4355 or visit <https://www.compass.state.pa.us>

I have other dental insurance.

Please attach a copy of the front and back of the insurance card to this form and complete the information below.

Insurance Company Name (other than Medicaid)	
Insurance Company Phone	
Group Number	
Employer Name	
Company Phone	
Name of Insured Adult	
Birth Date of Insured Adult	
Member ID/Policy #	
Social Security # of Insured Adult	

I have no dental insurance and do not wish to apply to Medicaid/Pennsylvania CHIP.

I will pay for a subsidized service because I am unable to pay full fee. It will cover dental screening, cleaning, and fluoride.

Age 11 and Under - \$58.00 Age 12 and Older - \$69.00

Please staple check or money order to this form and make payable to: **Smile Pennsylvania**. To pay by credit card, please call 1-800-409-2563.

I request donated care to cover the cost of a dental screening, cleaning, and fluoride for my child.

I certify that my monthly household income is below the monthly income limits above, and I am not eligible for Medicaid/Pennsylvania CHIP, or any other dental assistance programs.

X Sign Here _____ **Date** _____

Parent/Guardian

We look forward to seeing your child. Please return to your school/center as soon as possible. If you have questions, please call 1-800-409-2563.

Thank You,
Smile Pennsylvania...the mobile dentists



¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA! Obtenga atención dental en la escuela SIN COSTO* para usted.

* Para pacientes con cobertura Medicaid o PA CHIP

¡Regístrese en línea!
www.MySchoolDentist.com

Escanee el código con su teléfono.



Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.

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. Permiso incluye tratamiento dental inicial y visitas de seguimiento.
¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!

LLENE POR FAVOR

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro	Grade	
Padre/Tutor Legal	Teléfono ()		
Correo electrónico	Teléfono Alt. ()		

PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE APLICA A SU HIJO Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. SI NO SE APLICA CONDICIONES, DEJE EN BLANCO.

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas activas (incluyendo COVID-19) | <input type="checkbox"/> Alergias-alimentos/estacionales | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias-medicamentos | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Trastornos inmunológico | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
- Explique _____

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: _____

NIÑO TIENE MEDICAID/PA CHIP

Circule uno de los siguientes: Aetna, AmeriHealth, Blue Cross CHIP, Gateway, Geisinger, HealthPartners, Keystone First, Kidz Partners, Medicaid, United Concordia CHIP, UnitedHealthcare, UPMC

Escriba el número de identificación (RIN) del niño beneficiado AQUÍ: →

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

SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de Aseguransa (no Medicaid)	Tel. Aseguransa () - () - ()
# Grupo	Tel. de Empleador () - () - ()
Nombre Adulto Asegurado	Fecha Nacim. Adulto Asegurado
ID Miembro/# Póliza	# Seg. Soc. Adulto Asegurado

NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL

(POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN ABAJO)

En caso de pagar por los servicios, engrape el cheque o giro postal en esta forma, y haga el pago a: Smile Pennsylvania. Para pagar con tarjeta de crédito, llame al 855-481-8639.

- Voy a pagar la tarifa reducida para una limpieza dental, examen y fluoruro por visita. Edad 11 o menor: **\$58.00** Edad 12 o mayor: **\$69.00**
- Solicito atención donativo para cubrir el costo de una limpieza dental, examen y fluoruro para mi hijo. (Le enviaremos una solicitud de atención donada. Disponible solo una vez por año escolar solo para atención preventiva.)

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

LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a Big Smiles Pennsylvania P.C. (Proveedor), y a sus dentistas afiliados o higienistas dentales, a proveer servicios dentales en la escuela al niño mencionado anteriormente de quien soy el padre custodio o tutor legal, incluyendo un examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, rayos-x, y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro. VEA ATRÁS PARA MÁS DETALLES.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, extracciones de dientes de leche, realizar una endodoncia (tratamiento de nervio del diente de leche), adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos según sean necesarios. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo de la 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.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad doble y asegure.



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

Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director, Big Smiles Pennsylvania P.C.
200 Barr Harbor Dr., Ste. 400-4079, West Conshohocken, PA 19428
© Big Smiles Pennsylvania P.C., 2021





Querido Padre o Guardián,

Si usted necesita asistencia financiera para que su hijo/a reciba un examen dental, limpieza y/o fluoruro, por favor indique la casilla correspondiente y llene la información requerida.

Nombre de Escuela/Centro:			
Nombre completo del hijo/a:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del padre o guardián:		# de teléfono:	Correo Electrónico:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Por favor indique las áreas que le son aplicables y llene la información:

Mi Hijo/a Medicaid/Pennsylvania CHIP. # ID es: _____

Circule uno de los siguientes: Medicaid, Gateway, United Healthcare, Keystone First, AmeriHealth Caritas, UPMC, HealthPartners, Geisinger CHIP, Aetna, United Concordia CHIP, Coventry Cares, Kidz Partners, Blue Cross CHIP, Otro: _____

No tengo Medicaid/Pennsylvania CHIP y quisiera aplicar.

Medicaid/Pennsylvania CHIP es un programa de seguro económico, ofrecido por el Estado Pennsylvania para los niños recién nacidos hasta la edad de 18 años. Para calificar para este programa, su hijo/a necesita ser residente de Pennsylvania, menos de 19 años de edad y vivir en una familia cuyos ingresos sean iguales o menores de los que se indican en la siguiente tabla.

Tamaño del hogar*	Gratis		Bajo Costo			Costo total	
	Edades 1-5	Edades 6-18	Edades 0-1	Edades 1-18	Edades 0-18	Edades 0-18	
1	\$18,652-\$24,711	\$15,801-\$24,711	\$25,542-\$31,126	\$24,711-\$31,126	\$31,126-\$34,215	\$34,215-\$37,304	\$37,304 – No Limit
2	\$25,152-\$33,322	\$21,307-\$33,322	\$34,443-\$41,973	\$33,322-\$41,973	\$41,973-\$50,303	\$46,138-\$50,303	\$50,303 – No Limit
3	\$31,652-\$41,933	\$26,813-\$41,933	\$43,344-\$52,820	\$41,933-\$52,820	\$52,820-\$58,061	\$58,061-\$63,303	\$63,303 – No Limit
4	\$38,151-\$50,544	\$32,319-\$50,544	\$52,245-\$63,666	\$50,544-\$63,666	\$63,666-\$69,984	\$69,984-\$76,302	\$76,302 – No Limit
5	\$44,651-\$59,156	\$37,826-\$59,156	\$61,146-\$74,513	\$59,156-\$74,513	\$74,513-\$81,908	\$81,908-\$89,302	\$89,302 – No Limit
6	\$51,151-\$67,767	\$43,332-\$67,767	\$70,047-\$85,360	\$67,767-\$85,360	\$85,360-\$93,831	\$93,831-\$102,302	\$102,302 – No Limit
7	\$57,667-\$76,399	\$48,851-\$76,399	\$78,970-\$96,233	\$76,399-\$96,233	\$96,233-\$105,783	\$105,783-\$115,333	\$115,333 – No Limit
8	\$64,198-\$85,052	\$54,384-\$85,052	\$87,914-\$107,132	\$85,052-\$107,132	\$107,132-\$111,764	\$117,764-\$128,395	\$128,395 – No Limit
9	\$70,730-\$93,705	\$59,917-\$93,705	\$96,858-\$118,032	\$93,705-\$118,032	\$118,032-\$129,745	\$129,745-\$141,458	\$141,458 – No Limit
10	\$77,262-\$102,358	\$65,450-\$102,358	\$105,802-\$128,932	\$102,358-\$128,932	\$128,932-\$141,726	\$141,726-\$154,521	\$154,521 – No Limit

Para solicitar Medicaid/Pennsylvania CHIP llame call 1-866-550-4355 o visite visit <https://www.compass.state.pa.us>

Tengo otro tipo de seguro dental.

Por favor anexe una copia de la parte delantera y trasera de su seguro y complete la siguiente información.

Nombre de la Compañía de Seguro: (aparte de Medicaid) _____

Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

Número de Grupo _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

Nombre del Adulto Asegurado _____ Fecha de nacimiento del Adulto Asegurado _____

Numero de Póliza/ID _____ Seguro Social del Adulto Asegurado _____

No tengo seguro dental y no quiero aplicar para Medicaid/Pennsylvania CHIP.

Necesito pagar por un servicio subsidiado porque no puedo pagar el costo completo. Cubrirá una limpieza, en examen, una aplicación de fluoruro.

Edades 11 o menores - \$58.00

Edades 12 o mayores - \$69.00

Favor de engrapar cheque o giro postal a este formulario y hacer pago a: **Smile Pennsylvania**. Para pagar con tarjeta de crédito, llame al 1-800-409-2563.

Yo requiero ayuda financiera para cubrir el costo de la limpieza, examen dental, y el fluoruro de mi hijo/a.

Certifico que mi ingreso mensual del hogar es igual o inferior a los límites de ingresos mensuales mostrados en la tabla anterior, y no soy elegible Medicaid/Pennsylvania CHIP, o cualquier otro programa de asistencia dental.

X Firme aquí _____ Fecha _____

Padre/Guardián

Esperamos ver a su hijo/a. Por favor devuelva esta forma a la escuela tan pronto como sea posible. Si tiene preguntas, por favor llame 1-800-409-2563.