



# Dental Services Permission Form

NM Smiles GO

Please Select from ONE of the following : NO or YES

**No I DO NOT WANT DENTAL SERVICES FROM NM SMILES FOR MY CHILD**

\_\_\_\_\_ Child's Name / Grade \_\_\_\_\_ Date of Birth Parent's Signature and Date \_\_\_\_\_

**IF YOU CHOSE NO STOP HERE NO MORE INFORMATION REQUIRED**

**YES I DO WANT DENTAL SERVICES FROM NM SMILES FOR MY CHILD**

\_\_\_\_\_ Child's Name / Grade \_\_\_\_\_ Date of Birth Parent's Signature and Date \_\_\_\_\_

**My Child is NOT on Medicaid Give my Child a Free Exam \_\_\_\_\_**

**My Child Is ON Medicaid \_\_\_\_\_ Child's SS# or ID# \_\_\_\_\_**

**My Child has Private Insurance \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_ Insured Parent's Name(if applicable) \_\_\_\_\_ Insured Parent DOB \_\_\_\_\_ Name of Insurance Company

\_\_\_\_\_ Insured Member ID or SS# \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_ Insurance Company Telephone #

\_\_\_\_\_ Parent or Guardian's Name (Print) \_\_\_\_\_ Phone

\_\_\_\_\_ Child's Name (Print) \_\_\_\_\_ Child's Date of Birth \_\_\_\_\_ Child's Sex

\_\_\_\_\_ Mailing Address City, State, Zip

\_\_\_\_\_ Child's School \_\_\_\_\_ Teacher/Grade

Date of Last Cleaning: \_\_\_\_\_

## **CONSENT FOR SERVICES:**

1. Do you want your child to have an exam by our dental providers? Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_
2. Do you want your child's teeth cleaned? Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_
3. May we apply Fluoride after cleaning to prevent cavities? Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_
4. May we take Dental X-rays if needed? Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_
5. May we apply dental sealants to teeth to prevent cavities? Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_
6. May fill small painless cavities WITHOUT Anesthetic ? Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_



# NM SMILES GO

## FORMA DE PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES

**Por favor seleccione una de las opciones: Sí o NO**

**NO No deseo recibir servicios dentales de parte de NM Smiles servicios dentales**

Nombre del Niño/ de la Niña \_\_\_\_\_ Firma de los Padres y Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

***NO ILLENE EL RESTO DE ESTA FORMA***

**SÍ Deseo recibir servicios dentales de parte de NM Smiles servicios dentales**

Nombre del Niño/ de la Niña \_\_\_\_\_ Firma de los Padres y Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Mi hijo/a NO tiene Medicaid. Provéale de un examen gratis \_\_\_\_\_**

**Mi hijo/a tiene Medicaid \_\_\_\_\_**

Nombre del/ de la Niño/a \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Naciemeinto \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre (letra de molde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Padre (letra de molde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del/ de la Niño/a (completo en letra de molde) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección Completa \_\_\_\_\_

Escuela del/de la Niño/a \_\_\_\_\_ Grado/Maestro/a \_\_\_\_\_

Fecha limpieza dental \_\_\_\_\_

### **PERMISO PARA SERVICIOS DENTALES:**

1. Desea que su hijo/a tenga examen dental con radiografías ¿ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. Desea que su hijo/a le den una limpieza dental ¿ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. Le podemos aplicar fluoruro topico despúes de limpieza para prevenir caries ¿ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. Le podemos aplicar sellador o empaste en la superficie de los dientes molares para prevenir Caries ¿ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_