



Pediatric Dental Fund of The Hamptons, Inc.

P.O. Box 2675, East Hampton, NY 11937 / 631.329.6828

### ACUERDO PARA EL PADRE/GUARDIAN PARA LA PARTICIPACION DEL NINO EN EL PROGRAMA PEDIATRICO DENTAL

Paciente Medicaid Plan/Cargador: \_\_\_\_\_ Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Child Health Plus # \_\_\_\_\_

Otro Seguro Nombre: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

\*Adjunte copia (ambas caras) de la tarjeta Medicaid/Child Health Plus u Otro Seguro de Salud

Pacientes no medicaid: \$35. por visita será cobrado por paciente.

Califica para Almuerzo Gratuito: Total de Ingresos Mensuales \$ \_\_\_\_\_ \* Adjunte Matriz de Talonario

# de Adultos en el Sosten Familiar \_\_\_\_\_ # de Niños en el Sosten Familiar \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ soy el padre/guardian legal

de \_\_\_\_\_.

**Padre/Guardian Legal (en letra de imprenta)**

**nino/participante (en letra de imprenta)**

Edad del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género del Niño: masculino femenino

Raza del niño: Blanca Americana Africana Hispana Americana Asiatica Nativa de América

Nuestra Dirección Postal es:

\_\_\_\_\_

#### Por Favor Lea Cuidadosamente!

Yo consiento en proveer la transportación de el (ella) para la oficina de la dentista. Yo comprendo que si tengo que cancelar una cita es requerido **notificar 24 horas antes de la misma**. Yo comprendo que si no acudo a la cita sin una previa cancelación será como resultado la perdida del niño del programa.

Yo consiento en informar a la oficina dental que mi niño es un paciente PDF (Fundación Pediatrica Dental) cada vez que yo llamo para programar una cita.

Abajo es una lista de los dentistas o clínicas dentales quienes han proveído anteriormente tratamiento a mi niño.

Nombre del Dentista	Dirección/Teléfono	Fechas de Tratamiento

Si lo requieren, yo accedo firmar autorizaciones sobre previa información dental para el dentista al cual la Fundación Pediatrica de Hamptons, referirá a mi niño.

Yo autorizo a la escuela de me niño para proveer una declaración de calificaciones para un almuerzo gratuito o reducido en orden de participar en este programa. Yo autorizo al dentiste el des de cualquier informacion requerida para procesar los pagos ole me dentiste a los pediatras dental fund de los hamptons.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o guardian)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Día: \_\_\_\_\_

Noche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Número de contacto en emergencia)

#### BOARD OF DIRECTORS

Gail Schonfeld, MD, Founder & President • Holly Whitmore, Vice-President • Marjorie Winslow, Treasurer • Sophie French, Secretary • Claudia Gonzalez, Patient Administrator , Advisors: Nancy Cosenza, DDS • Gerald Curatola, DDS • Dierdre Herzog, CPA • Steven Tekulsky, Esq