



THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL!

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

* For patients covered by Medi-Cal (also known as Medi-Cal Dental (Denti-Cal) or Medicaid)

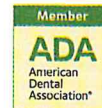
Sign Up Online!
www.MySchoolDentist.com

Scan the code
with your
phone.



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

EASY & CONVENIENT - Big Smiles will regularly check your child's mouth & teeth, and provide a cleaning, necessary x-rays, fluoride treatment, and 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	☐ Male ☐ Female
Address	City	State	Zip
School	Teacher		Grade
Parent/Guardian Name		Phone ()	
Email		Alt Phone ()	
Emergency Contact Name (If different from above)	Phone ()	Relation to Child	

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.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| ☐ Active contagious diseases (including COVID-19) | ☐ Allergies-foods/seasonal | ☐ Bleeding disorders | ☐ Diabetes | ☐ Kidney disease |
| ☐ Asthma | ☐ Allergies-medications | ☐ Breathing problems | ☐ Heart problems | ☐ Liver disease |
| ☐ Other | ☐ Behavior problems | ☐ Dental problems | ☐ Immune disorders | ☐ Seizures |
| Explain | | | | |

List current medications and/or dental concerns:

IF CHILD HAS MEDI-CAL (also known as Medi-Cal Dental (Denti-Cal) or Medicaid)

IMPORTANT: IF YOU HAVE MEDI-CAL, WE MUST HAVE YOUR ID NO. IN ORDER FOR THE DENTIST TO SEE YOUR CHILD.

Circle one of the following: Medi-Cal Dental, Premier Access, Health Net, Liberty

Enter Child's BIC ID Number HERE: → ID No.

9																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OR Child's Social Security # (if available)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRIVATE DENTAL INSURANCE

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

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE

☐ I may be interested in paying for dental services. Please contact me.

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

READ & SIGN BELOW (If you have questions or would like to speak to a dentist, please call us at 855-481-8639.)

I understand and authorize Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation (Provider), its affiliated dentists and dental hygienists, and externs from UCLA and UCSF Schools of Dentistry under dentist supervision, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian. Dental services include an exam, cleaning, fluoride, sealants, Preventive Resin Restoration, 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: 855-481-8639 FAX: 888-330-4331 Visit us at BigSmilesDental.com

Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation
3201 Wilshire Blvd., Suite 110, Santa Monica, CA 90403
© Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation, 2024

ESPAÑOL AL REVERSO



3601

CA-COMPR-024V2 06/24





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

* Para pacientes con cobertura Medi-Cal (también conocido como Medi-Cal Dental (Denti-Cal) o Medicaid)

¡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 - Big Smiles revisará regularmente la boca y los dientes de su hijo, y le proporcionará una limpieza, rayos-x necesarios, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. También se pueden proporcionar cuidados adicionales, como rellenos. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Permiso incluye tratamiento dental inicial y visitas de seguimiento. **¡FIRME Y DEVUELVALO A LA ESCUELA HOY!**

LLENE POR FAVOR

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro		Grado
Padre/Tutor Legal	Teléfono ()		
Correo electrónico	Teléfono Alt. ()		
Nombre del Contacto de Emergencia (si es diferente al anterior)	Teléfono ()	Relación con Niño	

PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

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

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

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: _____

NIÑO TIENE MEDI-CAL (también conocido como Medi-Cal Dental (Denti-Cal) o Medicaid)

IMPORTANTE: SI USTED TIENE MEDI-CAL, DEBEMOS TENER SU NUMERO PARA QUE EL DENTISTA PUEDA VER A SU HIJO.

Circule uno de los siguientes: Medi-Cal Dental, Premier Access, Health Net, Liberty

Escriba el número de identificación BIC del niño AQUÍ: → ID No.

9																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○ Número de seguro social del niño (si está disponible)

				-									
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGURO DENTAL PRIVADO

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

SI EL NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL

☐ Estoy interesado en pagar por servicios dentales. Por favor comuníquese conmigo.

Si su hijo ve a un dentista regularmente y desea continuar con la atención de ese dentista, por favor hágalo.

LEA Y FIRME ABAJO (Si usted tiene preguntas o desea hablar con un dentista, por favor llámenos al 855-481-8639.)

Entiendo y autorizo a Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation (Proveedor), sus dentistas afiliados e higienistas dentales, y los Externos de Odontología de las Universidades de UCLA y UCSF bajo supervisión del dentista, a proveer servicios dentales en la escuela para el niño nombrado anteriormente para el cual yo soy el padre custodio o tutor legal. Los servicios dentales incluyen un examen, limpieza, fluoruro, sellantes, Tratamiento Preventivo de Restauración, rayos -x y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata, según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier carie 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 el AVISO IMPORTANTE Y EL CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA y entiendo y acepto sus términos.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad
doble y asegure.

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

Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation
3201 Wilshire Blvd., Suite 110, Santa Monica, CA 90403
© Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation, 2024



3601

CA-COMPR-024V2 06/24

