



APLICACION PAR SERVICIOS DENTALES DE LOS NIÑOS DE AURORA
FAVOR ILENAR ESTA SOLICITUD Y DEVOLVERLA A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Nombre del niño(a): _____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Direccion del domicilio: _____

Telefono del domicilio: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

Lugar de trabajo: _____ Lugar de trabajo: _____

Telefono del trabajo: _____ Telefono del trabajo: _____

¿Con quien vive el niño(a)? _____

Finanzas – Salario anual neto

Padre: \$ _____

Madre: \$ _____

Other: \$ _____

1. ¿Tiene el niño (a) u otro miembro dela familia seguro dental? Si _____ No _____

2. ¿Tienes una carta medica de public aid? Si _____ No _____

3. ¿Tiene usted dentista general? Si _____ No _____

Si tiene, nombre de su dentista: _____

Solicito la ayudade Servicios Dentales para los niños(as) de Aurora para asegurar el cuidado de las necesidades dentales de mi niño(a). Me comprometo tener siempre a un adulto con mi niño(a) en todas las visitas dentales. Llamare al dentista 24 horas antes si no puedo atender la cita. Entiendo que mi niño(a) podra ser retirada del programa si cancelo o no atiendo a las citas innecesariamente.

Firma de los Padres: _____

Si la solicitud es aprovada sera notificado por la enfermer de la escuela.

FOR SCHOOL NURSE USE ONLY

Date _____

_____ was recommended for urgent care during a recent dental screening.

STUDENT'S NAME

Nurse or Health Tech Signature

Please forward to Aurora Children's Dental Service