

Week of 1/18/18

JOIN US

FOR A FREE INTRODUCTORY
SELF DEFENSE INTERACTIVE LESSON
LED BY 6TH DEGREE BLACK BELT & PREVIOUS WORLD FORMS CHAMPION
CHRIS JENSEN



**SATURDAY
JAN 27TH**

**1:30PM
TO
3:30PM**

**GOLDEN STATE
TAEKWONDO**

159 South Blvd

San Mateo CA

GoldenStateTKD.com



FOR MORE INFORMATION & TO RSVP:

650-458-3146

GoldenStateTKD@yahoo.com

THIS FREE LESSON IS BEING PROVIDED
IN CONJUNCTION WITH



B STREET BOXING 501(c)(3) Non-Profit



This event/program is not sponsored by the San Mateo-Foster City School District



THE DENTIST IS COMING TO YOUR SCHOOL!
Our school has joined with Big Smiles
to offer in-school dental care at
NO COST* to you.

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. 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	Zip
School	Teacher		Grade
Parent/Guardian Name		Phone ()	
Email		Alt Phone ()	

IMPORTANT HEALTH QUESTION

Does your child have any past or present medical or dental conditions or disabilities? This may include heart issues, breathing problems, brain/seizure disorders, allergies (including drug allergies), diabetes, bleeding problems, communicable diseases or immune disorders etc. If Yes, explain below (attach additional pages as needed). IF NO, LEAVE BLANK.

List current medications _____ List any dental concerns _____

IF CHILD HAS MEDI-CAL (also known as BIC, Denti-Cal, Medicaid)

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

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

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

*Medi-Cal covers 100% of treatment.

OR Child's Social Security # (if available)

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

IF CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE

Ins. Company name (other than Medicaid) _____ Ins. Phone _____

Group # _____ Employer name _____ Co. phone _____

Name of Insured Adult _____ BIRTH DATE of Insured Adult _____

Member ID/Policy # _____ Social Security # of insured adult _____

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, you should 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 request that the dentist perform a dental check-up on my child at school which includes exam, cleaning, fluoride, sealants, Preventive Resin Restoration and x-rays as needed, as well as other dental work as medically necessary, including fillings, extractions of infected baby teeth, numbing the mouth and teeth and other procedures as described more fully on the back of this page. This permission includes future dental visits. 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 FORM and understand and agree to its terms.

SIGN & DATE HERE

For your privacy, please fold & secure.

DATE _____

CONTACT: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 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, 2017

ESPAÑOL AL REVERSO





¡EL DENTISTA VENDRÁ A SU ESCUELA!
Nuestra escuela se unió con Big Smiles
para ofrecer cuidado dental en la escuela
SIN COSTO* para usted.

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

FÁCIL Y CONVENIENTE - Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, igual proporcionará una limpieza y tratamiento de fluoruro. También proporcionará sellantes y rayos-x tal sean necesarios. Tratamiento adicional como rellenos podrían ser propocionados. El reporte incluye el tratamiento recibido y tratamiento requerido. **¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!**

LLENE POR FAVOR

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

PREGUNTA DE SALUD IMPORTANTE

¿Su hijo tiene alguna discapacidad o condiciones médicas o dentales en el pasado o presente? Puede incluir problemas del corazón, problemas de respiración, trastorno del cerebro/convulsiones, alergias (incluye alergia a medicamentos), diabetes, problemas de sangrado, enfermedades transmisibles o desorden inmunitario, etc. Si es así, por favor explique abajo (adjunte hojas adicionales si es necesario). Si No, deje el espacio abajo en blanco.

Anote los medicamentos que este tomando _____ Anote cualquier problemas dental _____

NIÑO(A) TIENE MEDI-CAL (También conocido como BIC, Denti-Cal, Medicaid)

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

Escriba el numero de identificación del niño(a) AQUÍ: → ID No.

*Medi-Cal cubrir el 100% del tratamiento.

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

NIÑO(A) TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO Nombre de la Comp. de Seguro (aparte de Medicaid) _____ Tel. del Seg. _____
 # Grupo _____ Empleador _____ Tel. del Empleador _____
 Nombre del Adulto Asegurado _____ FECHA DE NACIMIENTO del adulto Asegurado _____
 # Póliza/ID _____ Seguro Social del Adulto Asegurado _____

NIÑO(A) NO TIENE SEGURO DENTAL

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

Si su hijo(a) ya tiene una dentista y gustaría seguir tratamiento con él, debería continuar con su mismo dentista.

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

Solicito que el dentista realice una revisión dental a mi hijo(a) en la escuela la cual cubrirá el examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, Tratamiento Preventivo de Restauración y rayos-x como sean necesarios, así como otros trabajos dentales según sea médicamente necesario, incluyendo los rellenos, extracciones de dientes de leche infectados, adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos como se describe con más detalles en la parte posterior de esta página. Este permiso incluye visitas al dentista en el futuro. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo del salud de mi hijo(a) 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

FECHA

Para su privacidad
doble y asegure.



PREGUNTAS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 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, 2017

