



**Stony Brook
School of Dental Medicine**

**School Based Dental Health Program
Grades 1, 2, 3**

No cost to families for preventive services
dental screening teeth cleaning
fluoride treatment sealants

This is offered for those children who have not seen a dentist during the past 6 months and/or already have a dentist that they go to for check ups.

Please complete the attached Health History Permission Form and include copies of the dental insurance cards so your child can receive these services.

A Summary Form will be mailed to your home stating what treatment was completed and if any further treatment is required.

We will return to the school in the Spring to provide a 6 month check up which will include a dental screening and preventive services.

**Forms must be returned
to the teacher by
September 12, 2018**

**If you have any questions
please call 631-632-3164**

All school-based dental services are to be provided with no out-of-pocket expenses to students or their families. In order to provide these services we are required by New York State law to submit all billable clinical preventive and treatment services for reimbursement to Medicaid, Child Health Plus, or to the child's private dental health insurance carrier, as appropriate. According to New York State law if we are unable to collect payment for services no child can be denied treatment services solely on the family's lack of insurance or inability to pay.





Stony Brook
School of Dental Medicine

School Based Dental Health Program

Grado 1, 2, 3

Sin costo a las familias para servicios preventivos

examen dental limpieza de los dientes
tratamiento con flúor el sealant

Esto se ofrece para aquellos niños que no han visto a un dentista durante los últimos 6 meses y/o ya tienen un dentista al que acudir para chequeos

Por favor complete el formulario de permiso de historia de salud y incluye copias de las tarjetas de seguro dentales para que su hijo pueda recibir estos servicios

Una forma de resumen se enviará a su domicilio indicando qué tratamiento fue completado y si cualquier tratamiento adicional es necesario.

Regresamos a la escuela en la primavera para proporcionar un cheque de 6 meses que incluirá un examen dental y servicios preventivos

Formularios deben ser devueltos

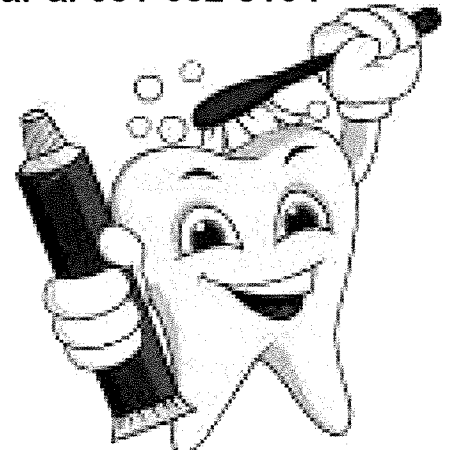
para el profesor por

September 12, 2018

Si tienes alguna pregunta

por favor llamar al 631-632-3164

Todos los servicios dentales en la escuela deben ser proporcionados con sin gastos en efectivo a los estudiantes o sus familias. Para proporcionar estos servicios estamos obligados por la ley del estado de Nueva York a presentar todo facturable prevención y tratamiento de servicios clínicos para el reembolso de Medicaid, Child Health Plus, o al portador de seguro privado de salud dental del niño, según corresponda. Conforme a la ley del estado de Nueva York somos incapaces de recoger el pago para los servicios de que ningún niño se puede negar los servicios de tratamiento únicamente en ausencia de la familia de seguro o de incapacidad de pago.



Please indicate which insurance you have for your child and attach copies of all dental insurance cards.

Por favor, indique que seguro que tiene para su niño y adjunte copias de todas las tarjetas de seguros dentales

___ Medicaid Number/No. de ID: _____

Seq. _____

___ Child Health Plus Number/No. de ID: _____

___ Delta Dental ID# _____

Name of Policy Holder _____

Policy Holder SS # _____

Policy Holder Date of Birth _____

___ Cigna Dental ID # _____

Name of Policy Holder _____

Policy Holder SS # _____

Policy Holder Date of Birth _____

___ CSEA Dental ID # _____

Name of Policy Holder _____

Policy Holder SS # _____

Policy Holder Date of Birth _____

___ Emblem Health Preferred PPO/Preferred Plus PPO ID # _____

Name of Policy Holder _____

Policy Holder SS # _____

Policy Holder Date of Birth _____

___ No Dental Insurance/Ningún Seguro Dental

___ Other _____

I give permission for Stony Brook U. School of Dental Medicine to evaluate my child's teeth, and if appropriate, provide preventative dental services. Services may include cleaning, the application of fluoride and the placement of dental sealants.

Day permiso para que Stony Brook U. Escuela de Medicina Dental de evaluar los dientes de mi hijo, y en su caso, proporcionar servicios dentales preventivos. Los servicios pueden incluir la limpieza, la aplicación de flúor y la colocación de los selladores dentales.

Parent signature/Firma de los padres _____

Date/Fecha _____