



Bridging Brighter Smiles Enrollment Form

Questions? Please feel free to call (262) 896-9891

Scan and email forms to enrollment@bbsmiles.org or Fax forms to (262) 347-4449

Name of School: _____

Student Enrollment

Yes, please enroll my dependent.

First Name: _____ Last: _____ Middle: _____

Date of Birth: _____ Sex: Male Female

Type of Dental Insurance: BadgerCare/Forward Health No Insurance Other

Parent/Guardian First Name: _____ Last: _____

Primary/Day Phone: _____ E-mail: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Student Health History

If yes please explain, be specific.

Does your dependent have any allergies? (Bridging Brighter Smiles is Latex Free): _____ YES NO

Has your dependent been diagnosed with a physical or mental disability? _____ YES NO

Does your dependent require an antibiotic prior to dental procedures? (i.e. due to a heart condition) _____ YES NO

Does your dependent use medicine prescribed by a doctor? _____ YES NO

Authorization



I understand that by signing this form, initial and ongoing preventative oral care treatment will be provided for my dependent. This consent is good for two school years. I have the ability to disenroll at any time by written withdrawal of consent. I authorize BadgerCare/Medicaid insurance payments for services rendered to Bridging Brighter Smiles, Inc. and agree to pay any BadgerCare/Medicaid copays. If my dependent is not insured through BadgerCare/Medicaid insurance, I agree to pay the attached standard fees for services rendered.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Initial Here

I acknowledge that I have received or have been offered a copy of Bridging Brighter Smiles, Inc.'s Notice of Privacy Practices. I understand that I may get a copy of the Notice of Privacy Practices by visiting the Bridging Brighter Smiles, Inc.'s website at <http://bridgingbrightersmiles.org/forms/>, or from contacting the visit coordinator at any school location Bridging Brighter Smiles, Inc. provides care.

It is still strongly recommended that you seek out a dental home (family dentist) for routine dental care including any follow up care which may be recommended by this school based oral health program.



FORMULARIO DE INSCRIPCION DE BRIDGING BRIGHTER SMILES

www.bridgingbrightersmiles.org

Nombre de la Escuela : _____

Inscripción del Estudiante

Sí, por favor inscriba a mi niño.

Primer Nombre: _____ Apellido : _____ Segundo : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza: Blanco Hispano Negro Asiático Natrivo Americano Otro: _____
(Opcional)

Tipo de seguro dental: BadgerCare/Forward Health Sin seguro Otro

Primer Nombre del Padre/Guardián: _____ Apellido: _____

Teléfono Principal Diurno : _____ Correo Electrónico : _____

Dirección de la Calle: _____

Ciudad Estado Código Postal : _____

Historia de la Salud del Estudiante

En caso afirmativo, por favor explique, sea específico.

¿Tiene alguna alergia su niño? (Bridging Brighter Smiles no usa Latex): _____ YES NO

¿A su niño le han diagnosticado alguna discapacidad física o mental? _____ YES NO

¿Requiere su dependiente un antibiótico antes de que le den un procedimiento dental? (i.e. debido a una condición cardiaca) _____ YES NO

¿Su niño usa alguna medicina recetada por un doctor? _____ YES NO

AUTORIZACIÓN

Yo entiendo que al firmar este formulario, se le va a proporcionar tratamiento y cuidado oral preventivo a mi niño. Este tratamiento empieza de ahora en adelante, y tiene una duración de dos años. Yo tengo el derecho de finalizar el tratamiento en cualquier momento por medio de una petición escrita. Yo autorizo a BadgerCare/Medicaid hacer los pagos de seguro por los servicios proporcionados por Bridging Brighter Smiles y estoy de acuerdo en pagar cualquier otro sobrepago que no este cubierto o incluido por BadgerCare/Medicaid. Si mi niño no esta asegurado por medio del seguro de BadgerCare/Medicaid, yo estoy de acuerdo en pagar los montos establecidos por los servicios proporcionados.



Firma de los Padres/Guardián: _____ Fecha: _____

Mad ambos cuadros:

Reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia de la Noticia de Practicas de Privacidad de Bridging Brighter Smiles, Inc. Entiendo que puedo obtener una copia de la Noticia de Practicas de Privacidad en el sitio de web de Bridging Brighter Smiles, Inc en <http://bridgingbrightersmiles.org/forms/>, o por contactando la coordinadora de visita en alguna escuela lugar donde los servicios de Bridging Brighter Smiles, Inc se proporcionan.

Se le recomienda encarecidamente que usted busque un lugar de servicios dentales personales (dentista de la familia) para el cuidado dental de rutina, incluyendo cualquier seguimiento del tratamiento que podría ser recomendado después de que su hijo haya completado este programa escolar de salud oral.