



Request for Services

Please print clearly and use pen when completing this form

Return completed form in envelope provided or mail to:

CHI St. Joseph Children's Health
1929 Lincoln Highway East, Suite 150
Lancaster, PA 17602
P: (717)397-7625 F: (717)397-6057

Many families know CHI St. Joseph Children's Health for our Brush.Brush.Smile!® Mobile Dental Clinic which has been providing high-quality dental services on-site at schools throughout Lancaster County for over a decade. In addition to dental services, our program offers families support in accessing and navigating health services and programs to assure that every child in Lancaster County grows up happy and healthy. Please use this form to enroll your child in the programs and services of CHI St. Joseph Children's Health. A Children's Health Advocate from our organization will contact you to assist your family in getting all of your child's health needs met.

Child Name: _____

Parent/Guardian Name: _____

I consent to being contacted by (check all that apply):

	YES	NO	
Home Phone:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phone number: _____
Cell Phone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cell number: _____
Work Phone:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Work number: _____
Email:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Email: _____

The best way to reach me: Home Cell Email

Please specify best time you can be contacted: 7AM-10AM 10AM-2PM 2PM-5PM 5PM-7PM

May we leave a message? : YES NO

How can we help you?

- My child needs health insurance coverage.
- I'm interested in accessing dental services at my child's school through Brush.Brush.Smile!®
- I'm interested in finding a doctor/dentist that accepts my child's insurance.
- I'm interested in accessing other health related services for my child.

I, _____ by providing my home phone, cell number, work number, and/or email address, expressly consent to receiving communications from CHI St. Joseph Children's Health to any home phone, cell number, work number, email, or other electronic communication I provide or that you later acquire for me. Providing you with my contact information is not a condition of receiving healthcare services.

Parent/Guardian Signature

Date

Solicitud de Servicios

Por favor escribe claramente y utilice un
bolígrafo para completar este formulario

Devuelve el formulario completado en el sobre proporcionado
o por correo a:

CHI St. Joseph Children's Health
1929 Lincoln Highway East, Suite 150
Lancaster, PA 17602
P: (717)397-7625 F: (717)397-6057

Muchas familias reconocen a CHI St Joseph Children's Health por nuestro Cepilla. Cepilla ¡Sonríe!® Clínica Dental Móvil que ha estado proporcionando servicios dentales de alta calidad locales en escuelas en todas partes del condado de Lancaster durante más de una década. Además de servicios dentales, nuestro programa ofrece el apoyo de familias en tener acceso y manejar servicios de salud y programas para asegurar que cada niño en el condado de Lancaster crece feliz y sano. Por favor usa este formulario para matricular a su hijo en los programas y servicios de CHI St Joseph Children's Health. El Promotor de Salud de Niño de nuestra organización se pondrá en contacto con usted para asistir a su familia solucionar todas sus necesidades de salud de su niño.

Nombre de Niño: _____

Nombre de Padre(s)/Tutor: _____

Doy mi consentimiento para ser contactado por (marque todos que aplican):

	Si	NO	
Telefono de la Casa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Numero de telefono: _____
Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Numero de celular: _____
Telefono del trabajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Numero del trabajo: _____
Correo electrónico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dirección de correo electrónico: _____

La mejor manera de contactarme: Casa celular Trabajo Correo electrónico

Favor díganos la mejor hora para contactarle: 7AM-10AM 10AM-2PM 2PM-5PM 5PM-7PM

Podemos dejar un mensaje?: Si NO

Cómo le podemos ayudar?

- Mi hijo necesita seguro médico.
- Estoy interesado en tener acceso a servicios dentales en la escuela de mi hijo a través del Cepilla. Cepilla. ¡Sonríe!®
- Estoy interesado en encontrar a un doctor o dentista que acepte el seguro de mi niño.
- Estoy interesado en el acceso a otros servicios de salud para mi hijo.

Yo, _____ proporcionando mi teléfono de casa, número de célula, número de trabajo, y/o dirección de correo electrónico, consiento en recibir comunicación de CHI St Joseph Children's Health a cualquier teléfono de casa, número de célula, número de trabajo, correo electrónico o otra comunicación electrónica que proporcione o que más tarde adquiere para mí. Proverle con mi información de contacto no es una condición de recibir servicios de asistencia médica.

Firma de Padre(s)/Tutor

Fecha