

Give KIDS a Smile

FRIDAY, FEBRUARY 16, 2018
8:00 am – 4:30 pm

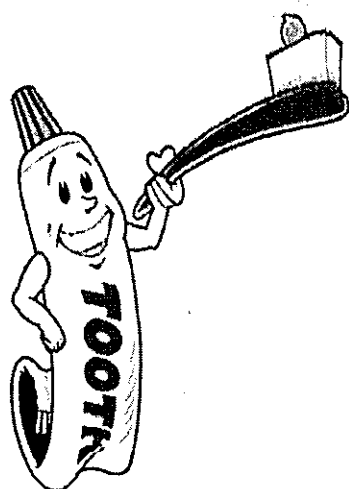
East Carolina University School of Dental
Medicine
Community Service Learning Center
1235 DCCC Road, Thomasville, NC



This is a **FREE** event for **Uninsured Children**
Ages 1-13 years

Dental Exams • Cleanings • Sealants • Fluoride Treatments
• Oral Hygiene • Health screenings
Games • Prizes & Fun

Dentists and other team members volunteer their time, and services, to provide dental screenings, health education and treatments.



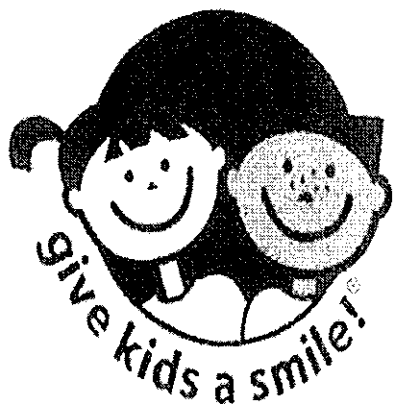
Pre-Registration is required and Easy

- Complete & return the registration form to school office

OR

- Mail form to: East Carolina University SoDM
Community Learning Center
1235 DCCC Rd. Thomasville, NC 27360
More information call: 336-236-0165

GIVE KIDS A SMILE is sponsored by:
East Carolina University School of Dental Medicine



REGISTRATION FORM

Please fill out all information on this form, and return it to the front office at your child's school, or mail it back to the address below.

****A parent or guardian must accompany the child**

Please initial below to certify the following:

___ I certify that my children are NOT covered by any private dental insurance plan or Medicaid

Parent Name _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip _____
Daytime/Evening Phone _____ Email _____

Complete chart below for each child you would like to register

Name	Age	Gender	Last Dental Visit

Registration Deadline: **February 9, 2018**. Processed on first-come, first-serve basis. Once we receive your application you will be contacted to set your appointment.

Complete and return registration form to child's school office or mail form to:
ECUSoDM 1235 DCCC Rd. Thomasville, NC 27360.

Thank you!!

Give Kids A Smile is sponsored by East Carolina University School of Dental Medicine

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD "GIVE KIDS A SMILE[®]"

Usted Puede Rehusarse a Firmar Esta Confirmación

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Si esta confirmación es firmada por un representante personal de parte del paciente, llene lo siguiente:

Nombre del Representante Personal _____

Relación al Paciente _____

Para uso del consultorio solamente

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque::

- El individuo rehusó firmar
 - Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
 - Otras (Especifique por favor)
- _____

© 2005 American Dental Association
Todos los Derechos Reservados

La reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la American Dental Association.

(Este Formulario es exclusivamente educativo, no constituye asesoramiento legal, y cubre solamente la ley federal.)