




Health Establishments At Local Schools
Part of the Solution

HEALS, Inc.
Mobile Clinic
Phone 256-428-7560 /256-808-9123
www.healsinc.org

Providing medical and dental care in school from birth through 19 years of age
WE CAN NOT ACCEPT PRIVATE INSURANCE

Medical Services		Dental Services	
Well Child Physicals	Minor injuries/illness	Bi-Annual Cleanings	Sealants
Diabetes	Asthma Management	X-Rays	Mouth Guards
Lab Work	Immunizations	Fluoride	SDF

If you have a child (children) enrolled at (circle one)

Midtown Horizon Millcreek Bob Jones James Clemens Liberty
Discovery Journey Heritage Rainbow Madison Columbia

And have other children at home, we welcome them as HEALS patients as well.

If you are interested please check the box and fill in all the information below and we will contact you as soon as possible.

I would like to enroll my child (children) in HEALS Mobile Clinic
 _____ Number of Children

Please check if any of your children have any of these types of insurance:

_____ Medicaid _____ All-Kids _____ Uninsured

Please indicate

Child (Children's) Name	Grade/ Teacher	Medicaid/All Kids number (if applicable)

I am interested in the following care for my child (children): _____ Medical _____ Dental
 * * * * Please provide a good phone number/ and /or an email to contact you in case you want to enroll your kid (s):



Proporcionando Servicios de salud médica y dental en las escuelas a niños de 0 a 19 años.
NO ACEPTAMOS SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS

Servicios Médicos		Servicios Dentales	
Exámenes físicos	Lesiones leves/ enfermedad	Limpiezas cada 6 meses	Selladores
Diabetes	Manejo del Asma	Rayos X	Guardas orales
Laboratorio Clínico	Vacunas	Aplicaciones de Fluoruro	SDF/FDP

Si a usted tiene a alguno de sus hijos (as) inscritos en (circule uno)

Midtown Horizon Millcreek Bob Jones James Clemens Liberty
Discovery Journey Heritage Rainbow Madison Columbia

y tiene más hijos (as) en casa, son bienvenidos a ser pacientes también en las clínicas de HEALS. Si está interesado por favor marque la casilla y nosotros nos comunicaremos lo mas pronto posible

Sí, me gustaría inscribir a mis hijos en la clínica móvil de HEALS

_____ **Número de niños**

Por favor, marque con una cruz (X) el tipo de seguro médico que tienen:

_____ **Medicaid** _____ **All-Kids** _____ **No tienen seguro médico**

Por favor, indiquenos la siguiente información

Nombre del Niño (a)	Grado y Profesor (a)	Número de Medicaid o All-Kids

Está usted interesado en inscribir a sus hijos en los servicios de HEALS:

_____ **Medico** _____ **Dental**

***** Por favor indíquenos un número de teléfono y/o correo electrónico donde podamos comunicarnos con usted.**
