



Columbus County Health Department
Dental Clinic
810 Spivey Rd
Whiteville, NC 28472
Phone: (910) 640-6615 ext. 7041
Fax: (910) 642-3269

**PLEASE RETURN BY
SEPTEMBER 4th, 2026**

TOOTHMOBILE INTEREST FORM

This form is to be completed by a parent or legal guardian only. If you are a caregiver without legal guardianship, please note your relation to the student and we will reach out for additional registration steps.

Your Child's Name: _____

Grade: _____

School: _____

Homeroom Teacher: _____

Print name of parent or legal guardian: _____

Relationship to child: _____ Phone: _____

Parent or legal guardian signature: _____

.....
.....

Dear Parent/Legal Guardian:

We are excited to announce that the Columbus County Health Department ToothMobile is on its way! We are scheduled to visit your child's school during the Fall or Spring semester.

Do you want your child to be seen this year on our ToothMobile?

____ Yes

____ No (Please briefly indicate why) _____

If you have selected "yes," please be on the lookout for official registration paperwork that will be sent out in the weeks prior to our visit. Additional paperwork must be completed in order for your child to be seen.

Please contact our dental office at (910) 640 -6615 ext. 7041 with any questions or for further assistance.



Columbus County Health Department
Dental Clinic
810 Spivey Rd
Whiteville, NC 28472
Phone: (910) 640-6615 ext. 7041
Fax: (910) 642-3269

**Por favor, devuélvalo antes
del 4 de septiembre de 2026**

FORMULARIO DE INTERES PARA LA CLINICA DENTAL MOVIL

Este formulario debe ser completado únicamente por un Padre o tutor legal. Si usted está encargado del menor sin la tutela legal, por favor indique su relación con el paciente y nos pondremos en contacto con usted para los pasos adicionales de registro.

Nombre de su hijo: _____

Grado: _____

Escuela: _____

Profesora de Aula: _____

Escriba en letra de imprenta el Nombre del Padre o Tutor legal: _____

Relación con el niño: _____ teléfono: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

.....
.....

Estimado Padre/o Tutor Legal:

¡Nos complace anunciar que la Unida Móvil Dental Del Departamento de Salud del Condado de Columbus está en camino! Tenemos programado visitar la escuela de su hijo durante el semestre de Otoño o de Primavera.

¿Quiere que su hijo sea atendido este año en nuestro ToothMobile?

___ Si

___ No (¿Por favor, indique brevemente por qué?) _____

Si ha seleccionado la opción “Si”, por favor esté atento a la documentación oficial que se enviara en las semanas previas a nuestra visita. Sera necesario completar documentación adicional para que su hijo pueda ser atendido.

Por favor, comuníquese con nuestro consultorio dental al (910) 640 -6615 ext. 7041 si tiene alguna pregunta o necesita más ayuda.