



Dental Screening Consent Form

Dear Parent/Guardian,

Dental Screenings, dental cleanings and Fluoride treatments are being offered free of charge to your child at their Head Start Center during March and April 2021. Dental Screenings, cleanings and fluoride applications are preventive steps that help to find and stop the spread of tooth decay.

A Dentist will:

1. Look at your child's teeth.
2. De-plaque your child's teeth
3. Apply fluoride varnish
4. They will decide if any back teeth can be sealed

******A screening does not take the place of a regular dental checkup.****** It is a preventive program that will alert you of any problems your child may have and whether or not they need to be seen for additional dental work.

☐ YES, I want my child to receive free dental screenings, fluoride varnishes and if needed dental cleanings

☐ NO, I do not want my child to receive {please specify} free dental screenings and/or fluoride varnishes or dental cleanings

Name of child: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____

Dental Insurance Name: _____ Dental Insurance ID# _____

Has your child ever had:

1. Rheumatic fever or rheumatic heart disease? ☐ Yes ☐ No
2. Congenital heart disease? ☐ Yes ☐ No
3. Allergies? ☐ Yes ☐ No - To what: _____
4. A reaction to latex? ☐ Yes ☐ No
5. Asthma? ☐ Yes ☐ No

I agree to and understand:

____ Allow Salud Family Health Centers to file a claim for my child's screening and fluoride if I have Medicaid or CHP+.

____ In case of medical emergency, I give permission for the attending dentist to administer medical treatment to my child including medications as the law allows them.

____ I certify that I have access to Salud's Notice of Privacy Practices.

Parent/Guardian Signature

Date

Daytime Phone Number

Estimado padre, madre o tutor:

Durante marzo y abril de 2021, se ofrecen **controles odontológicos, limpiezas dentales y tratamientos con flúor** gratuitos a su hijo en su Head Start Center. Los controles odontológicos, las limpiezas y las aplicaciones de flúor son medidas preventivas que ayudan a determinar la presencia de caries y detenerla.

Un dentista hará lo siguiente:

1. Observará los dientes de su hijo
2. Eliminará la placa de los dientes de su hijo
3. Aplicará un barniz de flúor
4. Decidirá si alguno de los dientes posteriores puede sellarse

******Un control no reemplaza un chequeo dental regular. ** **** Es un programa de prevención que lo alertará sobre cualquier problema que su hijo pueda tener e indicará si hace falta tratamiento dental adicional.

☐ Sí, quiero que le realicen de manera gratuita a mi hijo controles odontológicos, aplicación de barniz de flúor y cualquier limpieza dental necesaria

☐ NO, no quiero que le realicen de manera gratuita a mi hijo (especificar) controles odontológicos, aplicación de barniz de flúor o limpieza dental

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del seguro dental: _____ ID del seguro dental: _____

Informe si su hijo tuvo alguna de las siguientes afecciones:

1. ¿Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Enfermedad cardíaca congénita? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Alergias? ☐ Sí ☐ No - A qué: _____
4. ¿Reacción al látex? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Asma? ☐ Sí ☐ No

Acepto y entiendo lo siguiente:

____ Permito que Salud Family Health Centers presente una reclamación por el control y la aplicación de flúor de mi hijo si tengo Medicaid o CHP+.

____ En caso de una emergencia médica, doy mi permiso para que el dentista tratante administre tratamiento médico a mi hijo, lo que incluye medicamentos en la medida en que lo permita la ley.

____ Certifico que tengo acceso al Aviso de prácticas de privacidad de Salud.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Teléfono de día