

Child's Name _____

Has a dentist? Yes No • Dientes patient? Yes No

Last dental visit? ___/___/___



Dental Care for Your Child at School

A Dentist from *Dientes Community Dental Care* will be visiting your child's school and offering
Dental Exams, Dental Cleanings and Protective Fluoride Treatment

For more information, please call (831) 600-7114 or visit www.dientes.org

Please complete Sections 1-4 in blue or black ink and **return this form to your child's teacher.**

1. Your Child's Information

Child's Name: _____ Grade: __ Teacher/Room # _____

Child's Date of Birth: _____/_____/_____ Gender: Boy Girl

Phone: Home: _____ Work: _____ Cell: _____

Mailing Address: _____

City: _____ Zip: _____

Emergency Contact (if unable to contact parent/guardian): _____ Phone: _____

Ethnicity of Child:

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caucasian | <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino/Mexican | <input type="checkbox"/> Black/African American |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Unknown | <input type="checkbox"/> Other: | |

2. Dental History

Has your child ever received dental care from Dientes Community Dental Care? Yes No

Does your child currently have a dentist?: Yes No

Date of child's last dental visit? ___/___/___ (month/day/year) Dentist/Clinic Name: _____

3. Health History

Does your child have any of the following conditions? **Check those that apply.**

- | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bleeding Problems | <input type="checkbox"/> Heart Problems | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Latex Allergy | <input type="checkbox"/> Sickle Cell | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Seizures |

Does your child have any other medical conditions we should be aware of? Yes No

Please explain: _____

Does your child have any allergies? Yes No

Please List: _____

Does your child take any medications? Yes No

Please List: _____

Did your child experience any difficulties at previous dental visits? _____

Has your child ever tested positive for Tuberculosis? Yes No

May we provide fluoride treatment if needed? Yes No

Fluoride helps prevent tooth decay, is naturally found in our food and water supply and its benefits are supported by numerous health and professional organizations. Treatments are in the form of a fluoride foam or varnish that is applied after your child's teeth have been thoroughly cleaned.

4. Payment Options

- If you are a **Medi-Cal** or **Healthy Kids** member, we will be billing your insurance company on your behalf. **You must provide us with your insurance information / policy number.**

What type of *DENTAL* insurance does your child have? (these are the only plans we accept)

- Medi-Cal** Medi-Cal BIC # _____
- Healthy Kids** (Central Coast Alliance) Policy # _____
- No Insurance / Cash Pay – Check which applies (must check one):**

If you cannot afford the cost of these services or are in the process of enrolling your child in dental insurance, our dentist can provide a limited evaluation of your child's oral health at no cost to you.

- I cannot afford the \$68 dollar fee. Please do a free exam on my child.
- Please do a full exam and cleaning. *I agree to be billed \$68 for the exam.*

5. Consent for Dental Services

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive one or more of the following: i) limited oral evaluation (including x-rays if indicated), ii) dental exam (including x-rays), iii) dental cleaning (with or without fluoride treatment), and/or iv) sealants (the dental exam, dental cleaning (with or without fluoride treatment) and sealants, are collectively referred to herein as the "Dental Services"). I understand that a limited oral evaluation is only a very basic assessment and does not take the place of a thorough dental examination. I would need to secure the service of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination necessary to establish and maintain oral health.

I also understand that the receipt of Dental Services does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. I am free to establish such a doctor-patient relationship for my child in the future with the dentist performing this screening or another dentist of my choice. Further, I will not hold the dentist or those performing Dental Services responsible for the oral health consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed in the document titled "Tooth Report Card".

I understand that the Dental Services described herein are an initial assessment, and I must secure the ongoing services of a dentist or dental clinic to establish and maintain oral health. I understand that if the dentist recommends further oral diagnosis and/or treatment for my child, it is my responsibility to make a follow-up appointment, either with Dientes or another dental office. I give permission to share information with Dientes of Santa Cruz County for the purpose of case management.

As stated in California Education Code Section 35330, I understand that I hold the School District participating in this program, its officers, agents and employees harmless from any and all liability or claims which may arise out of, or in connection with, my child's participation in this service.

Photo Release: I hereby authorize and give full consent to Dientes Community Dental Care to photograph/video my child and copyright, reproduce and publish these photographic images for any and all publications, displays, and advertising purposes, without limitation or reservation or any compensation other than that receipt of which is hereby acknowledged. Yes No

Yes, I do want my child to receive dental services.

Parent/Guardian Signature : _____ Date: ____/____/____

Your name (please print): _____

Nombre del Niño/a _____

Tiene un dentista? Si No • Paciente de Dientes? Si No

Última visita al dentista? ___/___/___



Cuidado Dental para el Niño/a en la Escuela

Un dentista de Dientes Community Dental Care (*La Clínica Dientes*) visitara la escuela ofreciendo
Examen Dental, Limpieza Dental y Tratamiento Protector de Fluoruro

Para más información, por favor llámenos al (831) 600-7114 o visite www.dientes.org

Por favor complete las Secciones 1-4 en tinta azul o negra y entregue **esta forma al maestro del niño.**

1. Información del Niño/a

Nombre del Niño/a: _____ Grado: _____ Maestro/aula #: _____

Fecha de Nacimiento del Niño/a: ___/___/___ Sexo: Niño Niña

Teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección de Envío: _____

Ciudad: _____ Código: _____

Contacto de Emergencia (si no encontramos al padre/guardián): _____ Teléfono: _____

Origen Étnico del Niño/a:

- Blanco Hispano/Latino/Mejicano Negro/Afro Americano
 Asiático Indio Americano /Nativo Alaska Hawaiano Nativo /Islas Pacificas
 Desconoce Otro: _____

2. Historia Dental

¿Alguna vez su niño/a ha recibido cuidado dental en Dientes Community Dental Care? Si No

¿Tiene su niño/a un dentista?: Si No

Fecha de la última visita al dentista del niño: ___/___/___ (mes / día / año) Dentista / Nombre de la Clínica: _____

3. Historia de Salud

¿Tiene su niño/a alguna de las siguientes condiciones? **Marque las que tiene.**

- Asma Problemas de Sangrado Problemas de Corazón Cancer Diabetes
 Hepatitis Alergia al Latex Celula Falciforme (Sickle Cell) VIH Convulsiones

¿Tiene su niño/a alguna otra condición médica que nosotros deberíamos saber? Si No

Por favor explique: _____

¿Tiene su niño/a alguna alergia? _____

Por favor escriba: _____

¿Toma su niño/a alguna medicina? Si No

Por favor escriba: _____

¿Ha experimentado su niño/a alguna dificultad en sus visitas dentales anteriores? _____

¿Alguna vez ha tenido su niño/a una reacción positiva de Tuberculosis? Si No

¿Podemos proveer tratamiento de fluoruro si se necesita? Si No

El fluoruro ayuda a prevenir las caries dentales, se encuentra naturalmente en los alimentos y el agua y sus beneficios son apoyados por numerosas organizaciones profesionales y de salud. Los tratamientos consisten de una espuma o barniz de fluoruro que se aplica después que los dientes del niño/a han sido completamente limpiados.

4. Opciones de Pago

➤ Si usted tiene o es miembro de **Medi-Cal** o **Healthy Kids**, nosotros mandaremos el cobro a su seguro en su nombre. **Usted debe proporcionarnos la información de su seguro /número de póliza.**

¿Qué tipo de seguro DENTAL tiene para su niño/a? (éstos son los únicos planes que aceptamos)

- Medi-Cal** Medi-Cal BIC # _____
- Healthy Kids** (Central Coast Alliance) Póliza # _____
- Sin Seguro / Pago en efectivo – Marque lo que sea correcto (debe marcar uno):**

Si no puede pagar el costo de estos servicios o está en proceso de inscribir a su niña/o en un seguro dental, nuestro dentista le puede proveer una evaluación limitada de la salud oral sin costo alguno.

- Yo no puedo pagar el cobro de \$68 dólares. Por favor haga un examen gratis limitado a mi niño/a.
- Por favor, haga un examen y limpieza completa. Yo estoy de acuerdo que se me cobre \$68 por el examen.

No tiene seguro dental para su hijo? Por favor llene el Formulario #3 para obtener ayuda para determinar si su niño califica para un seguro de cuidado dental/salud gratis o de bajo costo.

5. Consentimiento para Servicios Dentales

Yo entiendo que al firmar esta forma estoy dando consentimiento para que el niño/a nombrado arriba pueda recibir uno o más de lo siguientes: i) revisión dental limitada (incluyendo rayos x si se indican), ii) examen dental incluyendo rayos x, iii) limpieza dental (con o sin tratamiento de fluoruro) y / o iv) sellantes (examen dental, limpieza dental (con o sin tratamiento de fluoruro) y los selladores, van a ser denominados en conjunto como "Servicios Dentales." Entiendo que la revisión dental es sólo una evaluación muy básica y no toma el lugar de un examen dental completo. Yo tendría que asegurar los servicios de un dentista para que mi niño/a reciba un examen dental completo necesario para establecer y mantener la salud oral.

También entiendo que al recibir los Servicios Dentales no se establece ninguna nueva, en curso o continua relación de médico-paciente. Yo estoy libre de establecer dicha relación médico-paciente para mi niño/a en el futuro con el dentista que desempeña esta revisión u otro dentista de mi elección. Además, no voy a responsabilizar al dentista o aquellos que ofrecen estos servicios dentales, de las consecuencias de salud oral o los resultados si yo decido optar por NO seguir las recomendaciones del documento titulado "Tarjeta de Reporte de Dientes."

Yo entiendo que los Servicios Dentales que se describen en este documento son sólo una evaluación inicial, y debo asegurar los servicios permanentes de un dentista o clínica dental para establecer y mantener la salud oral. Yo entiendo que si el dentista recomienda mas diagnósticos orales y / o tratamiento para mi niño, es mi responsabilidad el hacer una cita de seguimiento, ya sea con Dientes u otra oficina dental. Yo doy permiso para compartir información con Dientes del Condado de Santa Cruz con el fin de manejar los casos.

Como se indica en el Código de Educación de California Sección 35330, entiendo que yo no hago responsable al Distrito Escolar participando en este programa, sus oficiales, agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad o reclamaciones que puedan surgir de o en conexión con, la participación de mi hijo en este servicio .

Fotos consentimiento: Yo, por lo tanto autorizo y doy mi consentimiento completo a Dientes Community Dental Care a fotografiar/tomar video de mi niño/a y tener derecho de autor, reproducir y publicar esas imágenes fotográficas para cualquier y toda publicación, exposiciones, y publicidad, sin limitación o reservación o cualquier otra compensación que se reconoce en este medio. Si No

Sí, yo autorizo a que el niño/a reciba servicio dental en la escuela.

Firma de Padre/Guardián: _____ **Fecha:** ____/____/____

Su nombre (por favor escriba en letra molde): _____