

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

Please complete both sides of this form 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 # _____

Name of School: _____

Child's Date of Birth: ____/____/____ Social Security #: _____

Gender: Male Female (for insurance purposes)

Phone: Home: _____ 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

Does your child currently have a dentist they see every 6 months? Yes No

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

May we provide fluoride treatment if needed? Yes No

Fluoride is a natural element that helps prevent tooth decay and its benefits are supported by numerous health and professional organizations.

May we provide dental sealants if needed? Yes No

A dental sealant is a thin layer of resin bonded to the enamel grooves of the permanent molar to protect them from tooth decay.

3. Insurance Information

What type of *DENTAL* insurance does your child have?

Medi-Cal/Denti-Cal #: _____

You MUST provide Medi-Cal number (or Social Security Number) to avoid being billed \$63 for these services

No Insurance— Check which applies (must check one):

- I cannot afford the \$63 dollar fee.
- Please do a full exam and cleaning. I agree to be billed \$63 for the exams.

Yes, I do want my child to receive dental services. I have provided accurate information on both sides of this form and I have read the Consent for Dental Services on the back side of this page.

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

Your name (please print): _____

*****Please see other side of this page and fill out*****

4. Health History

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

- Asthma Bleeding Problems Heart Problems Cancer Diabetes
 Hepatitis Latex Allergy Sickle Cell HIV 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

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

For more information, please call

(831) 464-5409 Main Clinic

(831)-713-5926 Outreach

or visit www.dientes.org

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

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

1. Información del Niño/a

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

Nombre de la escuela: _____

Fecha de Nacimiento del Niño/a: ____/____/____ Numero de seguro social _____
 Sexo: Niño Niña (Para verificar seguro medico)

Teléfono: Hogar: _____ Celular: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Código: _____

Contacto de Emergencia (si no podemos comunicarnos con el padre/guardián): _____
 Teléfono: _____

Origen Étnico del Niño/a:

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Mexicano | <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo Alaska | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo /Islas Pacificas |
| <input type="checkbox"/> Desconoce | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

2. Historia Dental

¿Su niño/a tiene un dentista que ve regularmente (cada 6 meses)?: Si No

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

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

El fluoruro es un mineral natural que ayuda prevenir las caries dentales y es apoyado por numerosas organizaciones profesionales de salud.

¿Podemos proveer selladores dentales si se necesitan? Si No

Un sellador dental es una capa delgada de resina que se coloca en las ranuras del esmalte en los molares permanentes para protegerlos de caries.

3. Información de Seguro Medico

¿Qué tipo de seguro DENTAL tiene su niño/a?

Medi-Cal/Denti-Cal # _____
NECESITA PONER EL NUMERO DE MEDI-CAL o numero de seguro social para evitar pagar \$63 para estos servicios

Sin Seguro – escoge uno de abajo:

No puedo pagar el cobro de \$63 dólares.

Por favor, haga el examen y la limpieza completa. Acepto que me cobren \$63.00 para los exámenes.

Si, autorizo que mi niño/a reciba servicios dentales en la escuela. He presentado la información corecta en los dos lados de este formulario y he leído el 'Consentimiento para Servicios Dentales' en la pagina de atrás.

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

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

*****Por favor de llenar el otro lado de esta pagina*****

4. Historia de Salud

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

- Asma Problemas de Sangre Problemas del 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: _____

¿Su niño/a ha tenido alguna dificultad en sus visitas dentales anteriores? _____

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

5. Consentimiento para Servicios Dentales

Yo entiendo que al firmar este formulario estoy dando consentimiento para que el niño/a nombrado de 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 más 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

Para más información, por favor llámenos al

(831) 464-5409 Clínica Principal

(831)-713-5926 Servicios Comunitarios

or visite www.dientes.org