

# Children's Dental Health Services

## School-Based Dental Program Health and Consent Form



WWW.TWENTYTEETH.ORG  
507-529-0436

Dear Parent/Guardian:

Children's Dental Health Services is collaborating with your school district to provide preventative dental care services, including oral hygiene instruction, dental cleanings, fluoride varnish and sealants. Services provided through this program are reserved for children 14 and under, who are eligible for the free/reduced school lunch program. **One form per child.** additional forms are available on our website, [www.twentyteeth.org](http://www.twentyteeth.org).

**⚠ Please do not fill out this form if your child has private dental insurance or an established dental home. ⚠**

Complete the following health history if your child *will* be participating in the school-based dental program.

Child's First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

Child's School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  Male  Female

Address: \_\_\_\_\_  
Street City State Zip Code

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Race/Ethnicity:  Caucasian  African American  Hispanic  Asian/Pacific Islander  Native American  Other

Please answer **all** of the following questions:

Yes  No Do you need an interpreter? If yes, list language: \_\_\_\_\_

Yes  No Does your child have any diseases or health problems? If yes, list: \_\_\_\_\_

Yes  No Does your child take any medications? If yes, list: \_\_\_\_\_

Yes  No Does your child have any allergies? If yes, list: \_\_\_\_\_

Yes  No Is your child eligible for Free/Reduced Lunch?

Yes  No Has your child had a dental cleaning in the last 6 months?

If yes, list name of dental office and date of last check-up \_\_\_\_\_

Yes  No Does your child attend a dental office for regular dental check-ups?

How do you pay for your child's dental care? If medical assistance, please select and list ID# or PMI#: \_\_\_\_\_

U-Care  BluePlus  MA  Medica  South Country  Community Health Voucher  Insurance through work  Self

- I acknowledge I am able to exercise my rights under HIPPA and privacy rules of the Health Insurance Portability Accountability Act of 1996 while being able to request additional information at any time by contact Children's Dental Health Services at 507-529-0436.
- I understand these services are provided by a dental hygienist and are not a substitute for a recommended annual exam provided by a dentist.
- I understand this health and consent form is valid for 12 months effective upon the signing date.
- I have the right to revoke this consent at any time by giving written notice to Children's Dental Health Services.
- I understand this information will only be used for dental clinic information limited to our staff, referring dentist, school and public health staff whose work assignments reasonably require access to this data.
- I understand that by signing this consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment, and health care operations. I also give Children's Dental Health Services permission to send me appointment reminders via text messages.

By signing below I give my consent for my child to participate in Children's Dental Health Services School-Based Dental Program. To the best of my knowledge, the medical history questions have been answered correctly and accurately.

**Print name of Parent/Guardian**

**Signature**

**Date**

# Children's Dental Health Services

## School-Based Dental Program Health and Consent Form



WWW.TWENTYTEETH.ORG  
507-529-0436

Children's Dental Health Services está colaborando con el distrito escolar suyo para proveer servicios dentales preventivos incluso instrucciones sobre higiene oral, limpieza dental, barniz de fluoruro y sellantes. Servicios proveídos por este programa se reservan para los niños de 14 años, elegibles para recibir almuerzo gratis o a precio reducido. **Un solo formulario por hijo**, formularios adicionales se encuentran en el sitio web, [www.twentyteeth.org](http://www.twentyteeth.org).

**! Favor de rellenar este formulario si su hijo ya tiene seguros dentales privados o un dentista principal. !**

Complete la siguiente historia de salud si su hijo estará participando en el programa dental basado en la escuela.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Escuela del niño/a: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad:  Caucásico  Afro americano  Hispano  Asiático/ Islas del Pacífico  Indígena americano  Otro

Favor de contestar las siguientes preguntas:

Sí  No ¿Qué necesita un intérprete? Si es así, el idioma lista: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene su hijo cualquier enfermedad o problemas de salud? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Se toma su hijo algún medicamento? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es su hijo alérgico? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es elegible su hijo para el programa del almuerzo gratis o de precio reducido?

Sí  No ¿Ha tenido su hijo una limpieza de dientes en los últimos 6 meses?

Escriba el nombre de la oficina dental y la fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Va su hijo a una oficina dental para los exámenes dentales regulares?

¿Cómo se paga por el cuidado dental de su hijo? Si la asistencia médica, por favor seleccione y lista ID # o PMI # \_\_\_\_\_

U-Care  BluePlus  MA  Medica  South Country  Community Health Voucher  Insurance through work  Self

- Reconozco que tengo el derecho a leer Children's Dental Health Services Notice of Privacy Practices por contactar 507-529-0436.
- Entiendo que estos servicios se proveen por un/a higienista dental y que no son sustituidos por un examen anual recomendado por un dentista.
- Entiendo que este formulario de consentimiento y salud está válido por 12 meses efectivo a la fecha de firmar.
- Tengo el derecho a revocar este consentimiento a cualquier hora por darle escrito a Children's Dental Health Services.
- Entiendo que esta información se usará solo como información de la clínica dental limitada a nuestros empleados, dentistas, empleados de la escuela y servicios públicos de salud cuyas responsabilidades del trabajo requieren acceso a esta información.
- Entiendo que por haber firmado este formulario de consentimiento doy mi permiso para usar y proveer mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento el pago y funciones de cuidado de salud. También doy permiso para niños Servicios de Salud Dental para enviarme recordatorios de citas a través de mensajes de texto.

De firmar abajo, yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa dental de Children's Dental Health Services. Que yo sepa, las preguntas de historia medica han sido contestadas correctamente y precisamente.

**Nombre del Padre/ Consorte Legal**

**Firma**

**Fecha**