



2018-2019 School Year
PLEASE RETURN THIS SIGNED FORM BY _____

Permission to Participate in District #9, #91 & #59 School Based Dental Health Program

 Please Print Clearly:

School: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Student Name: _____
 (First) (Last) (Nickname)

Birth Date ____/____/____ Gender: ____ Male ____ Female

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Primary Phone: _____ Parent/Guardian's Name: _____

Please check YES or NO for each service you consent to for your child:

- YES No **Oral Screening**
- YES No **Fluoride Varnish**
- YES No **Dental Sealants**

INSURANCE INFORMATION – Required if you consent to sealants

Primary Insured Name: _____ Insurance Company: _____

Insurance ID Number: _____ Group Number: _____

Insurance phone: _____ Insurance holder's date of birth: _____

State law requires a basic medical history for each child receiving service.

My child is taking (list medications): _____

My child is allergic to: _____

Any current medical/behavioral problems? (if yes, please describe): _____

asthma **other**

If you said YES to screening and sealants, your signature below indicates:

As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchanges of information, including any personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notice of Privacy Practices."

IF YOUR CHILD HAS PERMISSION for the dental screening, and/or fluoride varnish applications and/or sealant application, please voluntarily fill out the following information which assists us in obtaining grant funding to enable the continuation of the school based dental health program. Your name will not be used.

Migrant or Seasonal Worker: Yes No

Living Situation: Own/Rent Living With Others, Hotel/Motel, Camping/Temporary Housing

Does your child have Dental Insurance: Yes No **If YES, please check one:** Private Insurance OHP

Demographics

Ethnic Group: Hispanic Non-Hispanic

Race: Alaskan Native American Indian Asian Black Native Hawaiian Pacific Islander White unknown patient refused

Sign and RETURN THIS FORM TO SCHOOL

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____



2018 - 2019 año escolar

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO FIRMADO POR _____

Programa de Salud Dental basado en permiso para participar en la escuela del distrito #9, #91 y #59

Por favor imprima claramente:

Escuela: _____ Maestro: _____ grado: _____

Nombre del estudiante: _____

(Nombre) (Apellido) (Apodo)
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Género: ___masculino ___femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ código postal: _____

Teléfono principal: _____ Nombre del padre/tutor: _____ (Por favor imprima)

Por favor marque Sí o NO para cada servicio que usted quiera que su hijo reciba:

- Checkboxes for: Sí/No hay examen Oral, Si/No el barniz de fluoruro, Sí/No selladores dentales

Información sobre el seguro médico – Requerido si usted da su consentimiento a los sellantes

Principal Nombre del asegurado _____ Compañía de seguros: _____ Número de identificación de seguros: _____ Número Grupo: _____
Número telefónico de seguridad: _____ Fecha de nacimiento del asegurado principal: _____

La ley requiere información básica de la salud de cada niño que recibe servicio.

Mi niño está tomando (lista de medicamentos): _____

Mi hijo es alérgico a la: _____

Algún problema médico/comportamiento actual? (En caso afirmativa, describa) _____

- Checkboxes for: Asma, otro, Consideraciones conductuales (describa):

Si respondió SÍ a las pruebas de detección y a los selladores, su firma a continuación indica: Como padre / tutor legal, doy mi consentimiento para que se divulguen e intercambien información, incluida cualquier información de salud personal, entre el personal dental, el personal escolar, las aseguradoras, el dentista del niño, la Organización de atención coordinada correspondiente y / o la Atención odontológica. Organización de registro He recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad".

Si su hijo tiene permiso para la investigación dental aplicaciones de barniz de fluoruro o aplicación de sellador, por favor voluntariamente rellene la siguiente información que nos ayuda en la obtención de donaciones de fondos para permitir la continuación de la escuela basado en programa de salud dental. Su nombre no será utilizado.

Migrante o trabajador estacional: Sí No

Vida: Propio/alquiler, Con otros, Hotel/Motel, Vivienda temporal camping

Tiene seguro Dental de su hijo : Sí No Si su respuesta es SI, por favor marque uno: Seguro privado OHP

Demografía

Grupo étnico: Hispano No-Hispano

Raza: Nativo de Alaska Indio Americano Asiático Negro Nativo de Hawái Isleño pacifico Blanco Desconocido Rehusar

Signo y Devuelva este formulario a la escuela

Firma: _____ fecha: _____