

DENTAL CONSENT FORM

www.UniversalDentalClinics.com

Dear Parent or Guardian,

As a part of the 'Yes for Education, No for Oral Disease' initiative; Universal Dental Clinics have arranged for dental services for eligible children." These services may include an exam, cleaning, fluoride treatment and sealants (a protective coating on the chewing surface of back teeth). Licensed Dentists, hygienists, and assistants will come to your child's school with portable equipment. In order for your child to receive these services, **you must provide all the information requested below and sign in the area indicated.**

Name of School: _____ Room #: _____ Grade _____

Your Child's name: _____ Birth date: ____/____/____ Gender: M / F

Address: _____ City/Zip: _____ Phone #: (____) ____ - ____

Health History: Has your child had any history of, or conditions related to, any of the following: **YES / NO**

IF YES: Please Circle the appropriate condition below:

- | | | | |
|---------------|-----------|----------------------------|--|
| Diabetes | Epilepsy | Currently has Heart Murmur | Rheumatic Fever or Rheumatic Heart Disease |
| Asthma | Hepatitis | Blood Disorder/Disease | Anemia - Chronic Sinusitis |
| Hearing | Thyroid | Bleeding disorders | Ear aches |
| Latex allergy | Fainting | Cerebral Palsy | Pregnancy (teens) |
| | | | other: _____ |

Is your child taking any **medication**? If YES, Please list medication: _____

Does your child have any Allergies? If YES, Please list Allergies: _____

ALL KIDS/OTHER INSURANCES: Does your child participate in: (Please Circle)

Free or Reduced Lunch: YES/NO Medicaid/All Kids: YES/NO Other Insurance: YES/NO

If YES: Please provide Information: _____

'All Kids' Program:

Your child's recipient ID number: _____
9 Digit Id Number On back of Medi-Plan card

Private dental insurance:

Name of Insurance Company _____ Insurance Telephone Number _____ - _____
Group Number _____ Employer Name _____
Name of Insured _____ Date of Birth _____
Social Security Number of Insured Person _____

Important: Parent/guardian signature required

I am a custodial parent or legal guardian of the minor child named above. I authorize and consent to this child receiving the dental treatment described, and allow the school nurse/ school representative and dental provider access to the child's dental record.

Signature: _____ Date: _____

In signing this form, you give permission to treat your child and also verify that you have read the additional form regarding HIPAA.

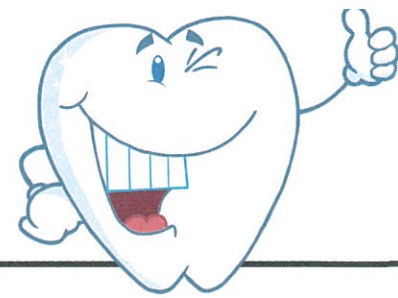
This will also give permission for IDPH, QA Audits to be performed and providers to return to your school to recheck your child's sealants.



(708) 394-5100

www.UniversalDentalClinics.com

El Rendimiento Escolar Basado En Un Programa De Salud Oral



CONSENTIMIENTO DENTAL

Respetado Padre o Guardián Legal.

Como parte del "De un Sí a la educación, y un no para la enfermedad oral": Universal Dental Clinics han dispuesto los servicios dentales para niños elegibles. "Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento de fluoruro y sellantes (una capa protectora en la superficie de masticación de los dientes posteriores). Dentistas Calificados, higienista, y asistentes irán a la escuela de su hijo con equipos portátiles. **Para que su hijo reciba estos servicios, debe proporcionar toda la información solicitada a continuación y firmar en el área indicada.**

Nombre de la escuela: _____ Habitación # _____ Grado _____

Nombre del Niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Género M / F

Dirección _____ Ciudad/Código postal _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

Historia de Salud: ¿Su hijo ha tenido un historial de / o condiciones en relación con cualquiera de los siguientes: SI / NO

En caso afirmativo: Favor de Marcar la condición correspondiente a continuación:

Diabetes Epilepsia Actualmente cuenta con soplo cardíaco Fiebre reumática o Enfermedad reumática
Asma Hepatitis Trastornos de la sangre / enfermedad Anemia Sinusitis Crónica Problemas de crecimiento
Convulsiones Audición Tiroides Trastorno de la coagulación Dolores de oído Corazón Tabaco / Uso de drogas
Cáncer Alergia al látex Desmayo Parálisis cerebral Embaraz(adolescentes) otro: _____

¿Está su hijo tomando algún medicamento? En caso afirmativo, la lista de medicamentos _____

¿Su hijo tiene alguna alergia? En caso afirmativo, enumere las alergias: _____

ALL KIDS / OTROS SEGUROS DENTALES: ¿Tiene su hijo participe en: (marque con un círculo)

Almuerzo gratuito o a precio reducido: SI / NO Medicaid / All Kids: SI / NO Otros Seguros: SI / NO

En caso afirmativo por favor proporcionar la información:

"All Kids" Program:

Su Número De Identificación del Receptor Infantil: _____

LOS 9 DIGITOS ATRAS DE LA TARJETA MÉDICA

Seguro Dental Privado:

Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de teléfono de la compañía de seguro: _____ - _____

Número de Grupo _____ Nombre del Empleado _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha De Nacimiento: _____

Número de Seguro Social de la persona asegurada _____

Importante Firma del padre / tutor es requerido;

Yo soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Yo autorizo y apruebo para que al niño reciba el tratamiento dental descrito, y permito que la enfermera / representante de la escuela y el proveedor dental tengan acceso al registro dental escolar.

Firma _____ Fecha: _____

Al firmar este formulario, usted da permiso para tratar en su hijo, así como verificar que usted ha leído la forma adicional con respecto a HIPAA.

Esto también le dará permiso para que IDPH, QA auditorías de control de calidad a realizar y a los proveedores para volver a la escuela y volver a comprobar los sellantes de su hijo.