

## Dental Screening Consent Form

Dear Parent/Guardian,

**Dental Screenings, dental cleanings and Fluoride treatments are** being offered free of charge to your child at their Head Start Center throughout the 2021-2022 fiscal school year. **Dental Screenings, cleanings and fluoride applications are preventive steps that help to find and stop the spread of tooth decay.**

A Dentist will:

1. Look at your child's teeth.
2. De-plaque your child's teeth
3. Apply fluoride varnish **up to 4 times per school year.**
4. They will decide if any back teeth can be sealed.

**\*\*\*\*A screening does not take the place of a regular dental checkup. \*\*\*\*** It is a preventive program that will alert you of any problems your child may have and whether or not they need to be seen for additional dental work.

\_\_\_ **YES, I want my child to receive free dental screenings, fluoride varnishes and if needed dental cleanings**

\_\_\_ **NO, I do not want my child to receive (please specify) \_\_\_ free dental screenings \_\_\_ fluoride varnishes or \_\_\_ dental cleanings**

Name of child: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dental Insurance Name: \_\_\_\_\_ Dental Insurance ID # \_\_\_\_\_

**Has your child ever had:**

1. Rheumatic fever or rheumatic heart disease? Yes  No
2. Congenital heart disease? Yes  No
3. Allergies? Yes  No  - To what: \_\_\_\_\_
4. A reaction to latex? Yes  No
5. Asthma? Yes  No

**I agree to and understand:**

\_\_\_ Allow Salud Family Health Centers to file a claim for my child's screening and fluoride if I have Medicaid or CHP+.

\_\_\_ In case of medical emergency, I give permission for the attending dentist to administer medical treatment to my child including medications as the law allows them.

---

Parent/Guardian Signature

Date

Daytime Phone Number

Querido Padre/Guardián,

Exámenes preliminares, limpiezas, y tratamientos de fluoruro sin costo serán ofrecidos para su hijo/a en su centro de Head Start del Condado de Adams durante el año escolar 2021-2022. Los exámenes preliminares, limpiezas, y tratamientos de fluoruro son pasos preventivos para ayudar a encontrar y prevenir la difusión de caries dentales.

Un dentista va a:

1. Revisar los dientes de su hijo/a.
2. Quitar la placa de los dientes.
3. Aplicar barniz de fluoruro **hasta cuatro tratamientos durante el año**
4. Decidir si las muelas necesitan sellantes.

**\*\*\*\*Un examen preliminar no reemplaza un examen regular. \*\*\*\*** Es un programa preventivo que le alerta de cualquier problema que su hijo/a pueda tener y también si deben obtener trabajo dental adicional.

**SI, quiero que mi hijo/a reciba un examen preliminar gratuito, fluoruro y si es necesario limpieza.**

**NO, no quiero que mi hijo/a reciba un (por favor especifique)  examen preliminar gratuito  barniz de fluoruro  limpieza dental**

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre de seguro dental:** \_\_\_\_\_ **Numero de seguro dental:** \_\_\_\_\_

Alguna vez su hijo/a a tenido:

1. Fiebre reumática o enfermedad reumática del corazón? Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Enfermedad congénita cardíaca? Si \_\_\_ No \_\_\_
3. Alergias? Si \_\_\_ No \_\_\_ A que? \_\_\_\_\_
4. Una reacción alergia al látex? Si \_\_\_ No \_\_\_
5. Asma? Si \_\_\_ No \_\_\_

**Yo estoy de acuerdo y entiendo que:**

Dejo que Salud Family Health Centers solicite pago de mi seguro dental si tengo Medicaid o CHP+.

En caso de una emergencia, doy permiso que el dentista presente le de tratamiento médico incluyendo medicamentos, según como la ley lo permita.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono