

Rush To Brush The Sugar Bugs Away
Kern County Children's Dental Health Network
 A Partnership with West Kern Community College District,
 Kern County Superintendent of Schools
1800 30th St. Suite 230
Bakersfield, Ca 93301
(661) 377-0323

Parents:

The Kern County Children's Dental Health Network, a partnership between West Kern Community College District and Kern County Superintendent of Schools, funded by First 5 - Kern (Proposition 10) will be providing dental health education and preventive dental services to the children at their preschool. Your child will see a fun puppet presentation demonstrating proper toothbrushing skills. The presentation will include information about the importance of taking care of their teeth and healthy eating habits. Each child will also receive a new toothbrush to take home.

In order to help prevent decay and strengthen your child's teeth, we would also like to apply fluoride varnish to the surfaces of their teeth. Fluoride varnish, approved by the American Dental Association, is easily applied and releases fluoride over several weeks. We will return to your child's preschool and reapply it every four months. *Please do not give your child fluoride tablets, drops or mouthwash the day he/she will receive the fluoride varnish*). You will receive a written report about your child's oral health status at each visit. If your child is identified with decay, we will notify you and provide resources that can help you pay for the treatment of the decay.

We look forward to providing services to your child and making brushing fun. If you would like your child to participate, please sign below and return this form to your child's teacher.

Yes! I would like my child to receive dental education and fluoride varnish application, **free**. I understand the fluoride varnish will be reapplied every four months to strengthen my child's teeth and prevent decay.

No thank you. I do not want my child to participate in the toothbrushing program at this time because

Child's Name: _____ Child's Social Security #: _____

Child's Birthdate: _____ Phone Number: _____

Ethnicity: *please circle* White Black Hispanic/Latino Multi Racial Alaskan Native American Indian Asian Indian Other Asian
 Pacific Islander Chinese Filipino Japanese Korean Vietnamese Mexican/Mexican American/Chicano
 Puerto Rican Cuban Central American Native Hawaiian Guamanian or Chimarro Samoan Other _____

Is your child under the care of a dentist?	NO	YES
Does your child take a fluoride supplement?	NO	YES
Is your child allergic to latex (baby bottle nipples)	NO	YES

I understand that the examination results are confidential and kept according to the policies of the school and state and federal law. I UNDERSTAND THERE IS NO COST FOR THESE SERVICES, however, Medi-Cal/Denti-Cal/Healthy Families or Healthy Kids may be billed to help cover the cost of the program.

Please circle if your child has: **Medi-Cal/Denti-Cal** **Healthy Families** **Healthy Kids** **Private Insurance**

I authorize the dental program to release information regarding services provided to Medi-Cal/Denti-Cal, Healthy Families or Healthy Kids for billing purposes. My child's insurance # _____

PRINT: Parent Name

Parent Signature

Date

Red de Salud Dental para los Niños del Condado de Kern

Una Asociación del Distrito de West Kern Community College y el
Superintendente de Escuelas del Condado de Kern
1800 30th St. Suite 230
Bakersfield, CA 93301
(661) 377-0323

Estimados padres de familia:

La Red de Salud Dental para los Niños del Condado de Kern, una asociación entre el Distrito del West Kern Community College y el Superintendente de Escuelas del Condado de Kern, fundada por Primeros 5 – Kern (Proposición 10) tienen el privilegio de ofrecerle educación en salud dental y servicios de prevención. En este día, su niño verá una presentación divertida con una marioneta que les demostrara la manera correcta de cepillarse los dientes. La demostración incluirá información que ayudara a su niño entender la importancia de cuidar sus dientes y tener una alimentación sana. Cada niño también recibirá un cepillo de dientes nuevo para usar en casa.

Con el objeto de prevenir la caries y fortalecer los dientes de su niño, les ofrecemos la aplicación de un barniz de fluoruro. El barniz de fluoruro, aceptado por la Asociación Dental Americana, se aplica fácil y se dispensa por sí mismo durante varias semanas. Para que su niño reciba los mejores resultados posibles, le volveremos a aplicar el barniz cada cuatro meses. (No le dé a su niño/a tabletas, gotas o enjuague bucal de fluoruro el día que recibirá la aplicación del barniz de fluoruro). Usted recibirá un informe escrito sobre la salud oral de su niño en cada visita. Si a su niño se le identifica caries, nosotros le notificaremos y proporcionaremos los recursos que pueden ayudarle a pagar por el tratamiento.

Esperamos ansiosamente proporcionar los servicios a su niño y poder hacer que la experiencia de cepillarse los dientes sea divertida. Si usted desea que su niño(a) participe, por favor firme su nombre sobre la línea indicada abajo, y devuelva este formulario a la maestra/o de su niño.

Sí! Deseo que mi niño(a) reciba la demostración y aplicación del barniz de fluoruro, **gratis**. Entiendo que se le aplicará el barniz contra las caries cada cuatro meses para prevenir daños de los dientes en el futuro.

No gracias. No deseo que mi niño(a) participe en el programa de cepillarse los dientes ahora por el siguiente motivo _____

Nombre completo del niño: _____ Numero de Seguro Social: _____

La fecha de nacimiento del niño: _____ Número del teléfono: _____

Raza: ___Hispano/Latino ___ Mexicano, Mexicano- Americano ___Puerto Riceño ___ Cubano
___ Centro Americano ___ Mas de una Raza/ Multi-racial ___ **OTRO** _____

¿Su niño a visto a un dentista antes? NO SI
¿Toma su niño un suplemento de fluoruro? NO SI
¿Es su niño alérgico al látex (mamila)? NO SI

Yo entiendo que los resultados de el examen son confidenciales y guardados según la póliza de la escuela y estado y ley federal. YO ENTIENDO QUE NO HAY NINGUN COSTO POR ESTOS SERVICIOS, sin embargo, Medi-Cal/Denti-Cal/Healthy Families o Healthy Kids pueden recibir la cuenta para ayudar a cubrir el costo de el programa.

Por favor circule si su niño/a tiene: **Medical/Dental** **Healthy Families** **Healthy Kids** **Asegurancia Privada**

Autorizo al Programa Dental para revelar información a Medical/Dental, Healthy Families o Healthy Kids sobre los servicios prestados. El número de asegurancia de mi niño es: _____

En Letra de **MOLDE**: Nombre de Padre/Guardián

Firma de **Padre/Guardián**

Fecha

