

DENTAL CONSENT FORM

Name of Student _____ ^{please circle:} Male or Female Date of Birth _____

Teacher/Rm# _____

Race: (please circle) Black/African American White/Caucasian Hispanic/Latino Mexican/Mexican-American/Chicano Central American
Puerto Rican Cuban Alaskan Native/American Indian Asian Indian Chinese Filipino Japanese
Korean Vietnamese Other Asian Native Hawaiian Guamanian/Chimarro Samoan
Other Pacific Islander More than one ethnicity/multi-racial **Other** _____

A comprehensive dental program will be available for your child at your child's school. The program will offer services that will give you and your child a better understanding of oral hygiene and provide treatment services to help stop tooth decay. The services your child will receive are:

Screening of Teeth

A dentist will examine and re-examine your child's teeth using dental examination instruments. **No x-rays** (radiographs) will be taken.

Dental Cleaning and Fluoride Application

Students who are in need of a professional cleaning will have their teeth cleaned and fluoride applied by a registered dental hygienist.

Sealant Application (for kindergartners only)

Dental decay usually begins in the grooves of the back permanent teeth (usually these teeth erupt around 6 years of age). A dental sealant is a white liquid that is painted in the groove and hardens to prevent or seal out decay. After the dentist decides which teeth need sealing, the teeth are cleaned and the sealant liquid is painted in the grooves. It hardens in one minute protecting the teeth from decay. Sealants can last five years or more but should be checked by a dentist during **regular check ups**.

I have read and understand the dental services offered by the Kern County Children's Dental Health Network. This student has my permission to receive all appropriate dental services and all necessary care offered by the program. I understand the services will be provided by a licensed dentist, registered dental hygienist or dental assistant practicing under the laws of the State of California.

I also 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/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 Other Dental 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 # _____

My child's date of birth is: _____ My child's Social Security # _____

My telephone # is _____ Has your child been to a dentist before? YES NO

YES, I want my child to participate **No**, I do not want my child to participate

Print name of parent _____

Signature of parent _____

Date _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del Estudiante _____ *Marce Uno:*
Niño o Niña Fecha de Nacimiento _____

Raza: Hispano/Latino Mexicano, Mexicano- Americano Escuela y Maestro/a _____ Grado _____
 Puerto Riceno Cubano
 Centro Americano Mas de una Raza/ Multi-racial
 OTRO _____

La escuela a la que asiste su niño tiene disponible un programa dental completo para los estudiantes. El programa ofrecerá servicios que le ayudarán a usted y a su niño a entender mejor lo que requiere la higiene bucal, y le prestará servicios de tratamiento dental para prevenir las caries de los dientes. Los servicios que su niño recibirá son:

Revisó Dental

Un dentista revisará los dientes de su niño utilizando instrumentos dentales para examinarlos. No se le tomarán radiografías.

Limpieza Dental y Aplicación de Fluoruro

Un higienista dental certificado le limpiará los dientes a los estudiantes que necesiten una limpieza profesional, y también les aplicará fluoruro.

Aplicación de Sellantes (para los niños que están en kinder solamente)

La caries dental empieza casi siempre en las ranuras de las muelas permanentes (las cuales salen aproximadamente a los 6 años de edad). Los sellantes dentales son un líquido blanco que se aplica en las ranuras de los dientes y muelas, y que se endurece para prevenir las caries formando una barrera contra ellas. Después de que el dentista decida cuáles dientes/muelas necesitan sellantes se hace una limpieza, y el líquido sellante se aplica sobre las ranuras. Los sellantes se endurecen en un minuto protegiendo los dientes contra la caries. Los sellantes duran hasta cinco años o más, pero el dentista debe revisarlos durante los chequeos normales.

He leído y entiendo cuáles son los servicios dentales prestados por la Red de Salud Dental para los Niños del Condado de Kern. Este estudiante tiene mi permiso para recibir todos los servicios dentales apropiados y todo el cuidado que ofrece el programa. Entiendo que estos servicios serán prestados por un dentista con licencia, un higienista dental certificado, o un asistente dental que ejercen bajo las leyes del Estado de California.

También entiendo que los resultados de los exámenes son confidenciales, y que se archivarán de acuerdo con los reglamentos de la escuela, y las leyes del estado y del gobierno federal. **ENTENDIENDO QUE ESTOS SERVICIOS SON GRATIS;** sin embargo, se le cobrará dinero a Medi-Cal/Denti-Cal/Healthy Families o Healthy Kids para ayudar a cubrir los gastos del programa.

Porfavor circule si tiene: **Medi-Cal/Denti-Cal** **Healthy Families** **Healthy Kids** **Otra Aseguranza**

Con fines de pago, autorizo al Programa Dental para revelar información a Medi-Cal/Denti-Cal, Healthy Families ó Healthy Kids sobre los servicios prestados. El número de Aseguranza de mi niño/a es: _____

Fecha de nacimiento de mi niño/a es: _____ Numero de Seguro Social: _____

Su hijo/a a visto a un dentista antes? **SI** o **NO**

_____ **SI**, quiero que mi niño/a participe _____ **No**, no quiero que mi niño/a participe

Teléfono

Firma del Padre

Fecha