



Children's Dental Health Services provides dental care services including teeth cleanings, oral hygiene instructions, fluoride varnish, sealants, exam and x-rays. Services provided are reserved for children 21 and under, who are eligible for the free/reduced lunch program at their school, or on medical assistance. Please complete ONE FORM PER CHILD.



**Do not fill out this form if your child has private dental insurance or an established dental home**



**Parent/Guardian Consent Form:** (Please print clearly and complete the ENTIRE form)

Child's First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

Child's School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_  
(If applicable)

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  Male  Female  
Month / Day / Year

Address: \_\_\_\_\_  
Street City State Zip Code

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Race/Ethnicity:  Caucasian  African American  Hispanic  Asian/Pacific Islander  Native American  Other

Yes  No Is an interpreter needed? If yes, list language: \_\_\_\_\_

Who needs an interpreter?  Child  Parent

Yes  No Does your child have any diseases or health problems? If yes, list: \_\_\_\_\_

Yes  No Does your child take any medications? If yes, list: \_\_\_\_\_

Yes  No Does your child have any allergies? If yes, list: \_\_\_\_\_

Yes  No  Unsure Is your child eligible for Free/Reduced Lunch?

Yes  No Has your child had a dental cleaning in the last 6 months?  
If yes, where? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_

Yes  No Does your child have medical assistance?

How do you pay for your child's dental care? If medical assistance, please select and list ID# or PMI#: \_\_\_\_\_

U-Care  BluePlus  MA  Medica  South Country  Community Health Voucher  Insurance through work  Self

- I acknowledge I am able to exercise my rights under HIPAA and privacy rules of the Health Insurance Portability Accountability Act of 1996 while being able to request additional information at any time by contact Children's Dental Health Services at 507-529-0436.
- I understand these services are provided by a dental hygienist and are not a substitute for a recommended annual exam provided by a dentist.
- I understand this health and consent form is valid for 12 months effective upon the signing date.
- I have the right to revoke this consent at any time by giving written notice to Children's Dental Health Services.
- I understand this information will only be used for dental clinic information limited to our staff, referring dentist, school and public health staff whose work assignments reasonably require access to this data.
- I understand that by signing this consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment, and health care operations. I also give Children's Dental Health Services permission to send me appointment reminders via text messages.
- I consent to allow pictures of my child to be taken and possibly used in newspapers, web, or for promotional use of Children's Dental Health Services.
- Please print NO if you do not consent to the photo portion of the form: \_\_\_\_\_

By signing below I give my consent for my child to participate in Children's Dental Health Services School-Based Dental Program. To the best of my knowledge, the medical history questions have been answered correctly and accurately.

Print name of Parent/Guardian

Signature

Date



Children's Dental Health Services proveen servicios de cuidado dental que incluyen las limpieza dentales, las instrucciones de higiene oral, el barniz de fluoruro, sellantes, examen y radiografía. Los servicios proveídos están reservados para niños de 21 y menores de 21 años, aquellos que son elegibles para el programa de almuerzo gratuito/reducido, o para los que están en asistencia médica.

UN FORMULARIO PARA CADA NIÑO, hay formularios adicionales disponibles en nuestro sitio web. www.twentyteeth.org.



No de rellenar este formulario si su hijo ya tiene seguros dentales privados o un dentist principal



Formulario de Consentimiento del Padre/tutor legal: (Por favor escribir claramente y completar TODO el formulario)

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Escuela del niño/a: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ (si es applicable)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino (Mes / Día / AÑO)

Dirección: \_\_\_\_\_ Calle Ciudad Estado Codigo postal

Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad:  Caucásico  Afro americano  Hispano  Asiático/ Islas del Pacífico  Indígena americano  Otro

Sí  No ¿Qué necesita un intérprete? Si es así, el idioma lista: \_\_\_\_\_

¿Quien necesita Interprete?  hijo(a)  Padres

Sí  No ¿Tiene su hijo cualquier enfermedad o problemas de salud? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Se toma su hijo algún medicamento? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es su hijo alérgico? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No  Desconosco ¿Es elegible su hijo para el programa del almuerzo gratis o de precio reducido?

Sí  No ¿Ha tenido su hijo una limpieza de dientes en los últimos 6 meses?

Si la respuesta es si, ¿donde? \_\_\_\_\_ ¿y cuando? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su niño/niña tiene asistencia médica?

¿Cómo paga usted el cuidado dental de su niño/niña? Si es con asistencia médica, por favor marque donde dice asistencia médica (medical assistance por sus siglas en ingles) y escriba el numero de ID o el numero de PMI #: \_\_\_\_\_

U-Care  BluePlus  MA  Medica  South Country  Community Health Voucher  Insurance through work  Self

- Reconozco que tengo el derecho a leer Children's Dental Health Services Notice of Privacy Practices por contactar 507-529-0436.
- Entiendo que estos servicios se proveen por un/a higienista dental y que no son sustituidos por un examen anual recomendado por un dentista.
- Entiendo que este formulario de consentimiento y salud está válido por 12 meses efectivo a la fecha de firmar.
- Tengo el derecho a revocar este consentimiento a cualquier hora por darle escrito a Children's Dental Health Services.
- Entiendo que esta información se usará solo como información de la clínica dental limitada a nuestros empleados, dentistas, empleados de la escuela y servicios públicos de salud cuyas responsabilidades del trabajo requieren acceso a esta información.
- Entiendo que por haber firmado este formulario de consentimiento doy mi permiso para usar y proveer mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento el pago y funciones de cuidado de salud. También doy permiso para niños Servicios de Salud Dental para enviarme recordatorios de citas a través de mensajes de texto.
- Consiento en permitir que se tomen fotos de mi hijo y posiblemente se usen en periódicos, web o para uso promocional de Servicios de Salud Dental de Niños.
- Por favor escriba NO si no da su consentimiento a la parte de la foto del formulario: \_\_\_\_\_

De firmar abajo, yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa dental de Children's Dental Health Services. Que yo sepa, las preguntas de historia medica han sido contestadas correctamente y precisamente.

Nombre del Padre/ Consorte Legal

Firma

Fecha