



CONSENT FORM FOR SCHOOL DENTAL PROGRAM

Dear Parent/Guardian,

Your child can **receive** dental services without leaving school at no out-of-pocket cost to you. This program provides age-appropriate dental services that may include: limited dental examination, dental sealants (if applicable), fluoride varnish, prophylaxis (cleaning), and oral photos (not x-rays). Only a licensed dental professional will screen your child's teeth, and will decide which back teeth need to be sealed. Sealants are safe, painless, and simple to apply and stops cavities by sealing out food particles and bacteria! This program helps stop tooth decay. Please complete this form **today**. **Please return this form to your child's teacher.** If you have any questions, please call 813-373-8665. Children identified as needing follow up dental services will be referred to a dental provider.

PLEASE CHECK EITHER YES OR NO

- Yes**, I want my child to receive dental services
- No**, I do not give permission for my child to receive dental services because of the following reason _____

Child's Name: _____ **Sex:** M F
First name Middle initial Last name

Address: _____
Street City State Zip Code

Date of Birth ____/____/____ **Student #:** _____ **Grade:** _____
Month/Day/Year

Home or Mobile Phone: _____ **School Name:** _____ **Teacher Name:** _____

Race: ___White ___Black/African American ___Asian ___American Indian/Alaskan Native
 ___Native Hawaiian/Pacific Islander ___Two or more races ___Other ___No Response

Ethnicity: ___Hispanic/Latino ___Not Hispanic/Latino ___No Response

Parent/Guardian Name (please print): _____

Does your child receive Medicaid? Yes No Child's Medicaid number _____

Does your child have other dental insurance? Yes No If yes, please list _____

- 1. Does your child have asthma? Yes No**
- 2. Does your child have any serious illnesses or allergies to acrylics/plastics? Yes No**
 If yes, please explain _____
- 3. Do you have a family dentist? Yes No**
 Dentist's name _____

I authorize Tampa Family Health Centers, Inc. or Suncoast Community Health Centers, Inc., to provide dental care to my child at school. This dental care may include: limited dental examination, dental sealants (if applicable), fluoride varnish, prophylaxis (cleaning), and oral photos (not x-rays). On behalf of myself and/or the patient, I authorize the dental providers to receive payment from any insurance or other third party payer that covers the services provided to this patient. Services will be provided to all children at no out-of-pocket cost to the parent. I authorize screening results to be shared with the Florida Department of Health in Hillsborough County. The services being offered are not a substitute for a comprehensive dental examination by a dentist. The diagnosis of caries, soft tissue disease, oral cancer, temporomandibular joint disease (TMJ), and dentofacial malocclusions will be completed only by a dentist in the context of delivering a comprehensive dental exam. Please have your child get a regular dental checkup.

Signature of parent or guardian to verify the above information is true and correct.

_____ **DATE:** _____



813-373-8665

813-653-6126

813-724-4028

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DENTAL ESCOLAR

Estimados padres:

Su hijo puede **recibir** servicios dentales sin salir de la escuela sin ningún costo para usted. Este programa brinda servicios dentales apropiados para su edad que incluyen: examen dental limitado, sellantes dentales (si corresponde), barniz de flúor, profilaxis (limpieza) y fotos orales (no radiografías). Solo un profesional dental con licencia examinará los dientes de su hijo y decidirá qué dientes posteriores están en necesidad de sellante. Los selladores son seguros, no causan dolor, son fáciles de aplicar y detienen las caries ¡impidiendo el paso de partículas de alimentos y bacterias! Este programa ayuda a detener las caries dentales. Por favor complete este formulario **hoy y devuélvalo al/la maestro(a) de su hijo(a)**. Si tiene alguna pregunta por favor llame al (813) 373-8665. A los niños que se les identifique con necesidad de seguimiento de servicios dentales, serán remitidos a un dentista.

POR FAVOR, MARQUE "SI" O "NO"

Sí, yo deseo que mi hijo reciba servicios dentales

No, yo no doy mi permiso para que mi hijo reciba servicios dentales, debido a la siguiente razón: _____

Nombre del niño: _____ Sex: M F
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Nº del estudiante: _____ Grado: _____
Mes / Día / Año

Teléfono de la casa o móvil: _____ Nombre de la Escuela: _____ Nombre del maestro(a) _____

Raza: ____ Blanca ____ Negra/ Africana-Americano ____ Asiático ____ Indio American Indian/Alaskan Native
____ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ____ Dos o más razas ____ Otra ____ Sin respuesta

Etnicidad: ____ Hispano/Latino ____ No Hispano/No Latino ____ Sin Respuesta

Nombre del Padre/La Madre/Representante (letra de molde): _____

Recibe su hijo(a) Medicaid? __ Sí __ No Número del Medicaid de su hijo(a): _____

¿Tiene su hijo(a) otro seguro dental? __ Sí __ No Si respondió *Si*, por favor nómbrelo _____

1. ¿Sufre su hijo(a) de asma? __ Sí __ No

2. ¿Tiene su hijo(a) alguna enfermedad grave o sufre de alergias a los acrílicos /plásticos? __ Sí __ No

Si respondió *Si*, por favor explique _____

3. ¿Tiene su familia un dentista? __ Sí __ No

Nombre de su dentista: _____

Autorizo a *Tampa Family Health Centers, Inc.* o a *Suncoast Community Health Centers, Inc.*, para que le brinde cuidado dental a mi hijo(a) en la escuela. Este cuidado dental puede incluir: examen dental limitado, sellantes dentales (si corresponde), aplicación de flúor, profilaxis (limpieza) y fotos orales (no radiografías). En mi nombre y en nombre del paciente autorizo al proveedor de servicios dentales para que reciba el pago de la compañía aseguradora o de un tercero responsable del pago por los servicios provistos a este paciente. Los servicios se proveerán a todos los niños, sin costo alguno para los padres. Autorizo para que los resultados de la evaluación dental se compartan con el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Hillsborough. Los servicios que se proveen no sustituyen un examen dental completo realizado por un dentista. Los diagnósticos de caries, enfermedad de las encías, cáncer bucal, trastornos de la articulación temporomandibular (*TMJ*), o deformidades dentofaciales se darán solamente durante una evaluación dental completa hecha por un dentista. Por favor lleve a su hijo(a) a un chequeo dental regular.

 **Firma de padre/madre o tutor legal para verificar que la información anterior es verdadera y correcta.**

FECHA: _____