

PLEASE MARK

YES

NO



Español
Reverso

DENTAL SCREENING CONSENT FORM

Dear Parent or Guardian- ONSITE DENTAL has partnered with our school to arrange for **dental examinations, fluoride varnish treatment and dental education**. Licensed dentists, hygienists and assistants will come to your child's school during the school day. In order for your child to receive these services you must provide all the information requested below and sign in the area indicated.

**Participation fulfills State of Illinois requirement for dental examinations in Grades:
Kindergarten, 2nd, 6th and 9th grade**

If you are not interested in this program, please print your child's name, GRADE, and date of birth, and check "NO" on the top of this form.

Child's Name: (Last, First name)		Male ___ Female ___	D.O.B. (MM/DD/YYYY)	
Phone:				
Email: _____ @ _____ <small>Please print very neatly</small>				
Address:			City:	Zip:
School:		Grade:		
Teacher:		Preferred Language:		
Does your child have any allergies or medical issues that the dentist should know about?				
Is your child enrolled in the "ALL KIDS" Program (Public Aid /Medicaid/Kid Care)? YES ___ NO ___				
If yes, please include your child's Medical Card ID Number:				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

In signing this form, you give permission for your child to be treated by Onsite Dental. Your signature also verifies that you have read the attached form regarding HIPAA. This consent gives permission for: Onsite Dental and your child's school to mutually share this consent form, for Illinois Dept of Public Health to provide Quality Assurance checks where officials may return to your school and re-check your child's teeth and also allows the school to release address and telephone information as well as school directory information such as classroom and daily schedule information as necessary to Onsite Dental. I understand that some Medicaid dental plans may only cover fluoride treatments every six months regardless of place of service, I hereby authorize payment of dental benefits for the services described. I give my permission to the doctor to submit insurance benefit claim forms in my name and on behalf of myself, my spouse and/ or my minor patient.

Signature:		Date:
Are you legally responsible for this child? Yes / No		Relationship:

POR FAVOR,
MARQUE

 SÍ NO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA REVISIÓN DENTAL

Estimado Padre o Tutor: -ONSITE DENTAL se ha asociado con su escuela local para organizar los servicios dentales preventivos para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento con flúor, selladores (una capa protectora en las superficies masticadoras de las muelas) y educación dental. Los dentistas certificados, higienistas y asistentes irán a la escuela de su niño con equipo dental portátil durante el día escolar. Para que su niño reciba estos servicios usted debe proporcionar toda la información solicitada abajo y firmar en el área indicada. **A partir de Agosto 2015 algunos medicaid planes solamente cubren limpiezas y tratamientos de floruro una vez cada seis meses, independientemente de su lugar de servicio.**

Si a usted no le interesa este programa, por favor escriba solamente el nombre de su niño y su fecha de nacimiento y marque "NO" en la parte superior de este formulario.

Nombre del Niño: (apellido, nombre)		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac.: (MM/DD/AAAA)
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	
Correo electrónico: _____ @ _____ <small>por favor imprima ordenadamente</small>			
Dirección:	Ciudad:	C.P.:	Paíz:
Escuela:	Grado:		
Maestro:	Idioma Preferido:		

¿Tiene su niño algo en su historial médico que pudiera complicar su tratamiento dental?
¿Califica su niño para comidas gratis o a precio reducido? SÍ _____ NO _____
¿Está su niño inscrito en el Programa "ALL KIDS" (Ayuda Pública/Medicaid/Kid Care)? SÍ _____ NO _____
Si es sí, por favor incluya el número de identificación en la tarjeta médica de su niño:
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Tiene su niño cobertura dental con un seguro privado? SÍ _____ No _____
<i>Para obtener información sobre cómo usar un seguro dental privado, visite nuestra página web www.onsite-dental-services.com</i>

Al firmar este formulario, usted autoriza el tratamiento de su niño por uno de los proveedores mencionados en la lista. Su firma también verifica que usted ha leído los formularios proporcionados acerca de HIPAA. Esto también autoriza: la auditoría IDPH QA, que los proveedores regresen a su escuela y vuelvan a revisar los selladores dentales de su niño y que la escuela revele su información de domicilio y telefónica como sea necesario a: Onsite Dental. Yo en tienda que los planes de Medicaid solo podran cubrir limpiezas y tratamientos de floruro cada seis meses independientemente de su lugar de servicio. Esta autorización se vencerá a los 24 meses después de la fecha de la firma. Por la presente autorizo el pago de prestaciones dentales por los servicios descritos. Doy mi permiso para que el doctor presente formularios de reclamación de prestaciones de seguro en mi nombre y en representación mía, de mi cónyuge y/o de mi hijo(a) menor de edad.

Firma:	Fecha:
¿Es usted legalmente responsable de este niño? SÍ No	Parentesco: