

**PARENTAL INFORMED CONSENT FOR
DENTAL ASSESSMENT & LIMITED TREATMENT**

| |
|----------------|
| School: _____ |
| Teacher: _____ |
| Grade: _____ |

Dear Parent or Legal Guardian,

STRIDE Community Health Center is coming to your child's school! If you provide your informed consent for your child to participate, a dental hygienist will examine your child's teeth. She will provide fluoride varnish to protect the teeth from cavities. She will look at your child's teeth and determine the level of dental. If you need a dental home, STRIDE and your school will help your family make a dental appointment in one of their clinics. If you want your child to participate in this program, please fill in the blanks:

Your child's FIRST name: _____ **LAST name:** _____

Circle one: Female Male **Date of Birth:** Month _____ Day _____ Year _____

Address: _____

You may answer this question if you want to, but you are not required to answer. This information will only be used to help develop culturally appropriate services and information.

Ethnicity: White Hispanic/Latino African American Asian American Indian/Alaska Native
Native Hawaiian/Pacific Islander Other

Has your child ever had:

Allergies: Yes ___ No ___ To what? _____ **Asthma:** Yes ___ No ___
Other serious health problems? Yes ___ No ___ If "yes," please explain _____

Due to our status as a federally qualified community health center, we ask for demographic information required of us that in no way impacts our treatment of the student or their eligibility for the screening.

Estimated Monthly Income: \$ _____ Family Size: _____ Do you have private dental insurance? Yes ___ No ___

Does your child have Medicaid or CHP+? Yes ___ No ___ Medicaid/CHP+ ID number _____

When was the last time that your child went to the dentist? Never Less than 1 yr. ago 1 - 2 yrs ago 2+ yrs ago

I have read all of the information in this form or I have had it read to me in a language that I understand. I understand that a licensed dental hygienist will perform a dental screening on my child and provide a fluoride varnish. I will receive a form that explains what the hygienist did and how I can obtain follow-up care for my child. I understand that the hygienist will rely on the information I provided above in order to provide dental treatment to my child. All of the information I provided is correct. I am my child's mother or father by birth or adoption, or my child's court-appointed legal guardian and I have authority to consent to dental treatment for my child. I give my consent for my child to receive the dental treatment described above.

___ I decline the fluoride treatment, but would still like the dental screening ___ I decline the screening AND fluoride

Signature _____ **Date** _____

Printed Name _____ **Email Address** _____

Phone Number _____

(Check one) Mother ___ Father ___ Legal Guardian ___ **Guardian Date of Birth** _____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Escuela:
Maestro:
Grado:

STRIDE Community Health Center llega a la escuela de su niño! Si usted nos da su consentimiento para que su hijo pueda ser tratado por una de nuestras higienistas entonces podríamos examinar los dientes de su hijo (a). La higienista le proveera un tratamiento con fluoruro. Tambien en el examen ella podra determinar el nivel de salud oral de su nino. Luego de este examen STRIDE y la escuela de su nino les ayudaran ha integrarse al plan familiar que consiste en que Mama, Papa e hijos puedan ser vistos en cualquiera de nuestras clinicas cercanas. Si usted desea que sus ninos participen en este fabuloso programa, por favor llene los espacios en blanco:

Nombre de su hijo (a): _____ Apellido: _____

Circule uno: Femenino o Masculino Fecha de Nacimiento: Mes _____ Day _____ Año _____

Direccion: _____

Las siguientes preguntas usted tiene el derecho de negarse a contestarlas. Esta información es con la intención de prestar un mejor servicio a la diversidad cultural que existe en nuestra ciudad.

Raza: Blanco Hispano African American Asian American Indian/Alaska Native
Native Hawaiian Otro

Alguna ves su hijo (a) ha sufrido de:

Alergias: Si ___ No ___ Si contesto si por favor diganos a que? _____

Algun otro problema de salud serio? Si ___ No ___ Si contesto si por favor explique _____

Debido a nuestro estado como un centro comunitario de salud federal calificado, le pedimos información demográfica requiere de nosotros que de ninguna manera afecta nuestro tratamiento del estudiante o su elegibilidad para el cribado.

Estimado de Ingreso Mensual: \$ _____ Cuantas personas en su familia?: _____

Tiene seguro privado? Si ___ No ___

Tiene su niño Medicaid or CHP+ Si ___ No ___ Numero de poliza: _____

Cuando fue al ultima ves que su niño fue al dentista: Nunca Menos de un año 1-2 años 2+ años

Yo confirmo que he leído y he entendido que una higienista hara un examen en mi hijo (a). La higienista aplicara fluoruro. Recibere una forma donde se me explica el tratamiento dado a mi hijo(a) y que la higienista o la dentista actuo y realizo su trabajo basada en la información que yo le di y confirmo que toda la información dada es correcta. Yo soy la madre o el padre por nacimiento o adopción y yo autorizo y doy mi consentimiento para que se le haga tratamiento dental a mi hijo (a).

___ Renuncio el tratamiento de fluoruro, pero todavía quisiera la evaluación dental ___ Renuncio a el examen y el fluoruro

Firma _____ Fecha _____

Nombre en imprenta _____ Correo Electrónico _____

Numero Telefonico _____

(Chequea uno) Madre ___ Padre ___ Tutor Legal ___ Fecha de Nacimiento del tutor legal _____

