

Dental Permission Form

No-cost preventative dental care for your child

Your child will get a dental screening, fluoride varnish,
and sealants (if appropriate) at **no cost to you!**

*** NONE OF YOUR PERSONAL, HEALTH, OR FINANCIAL INFORMATION WILL BE DISCLOSED OR SHARED.
THE INFORMATION OBTAINED WILL BE USED FOR THIS PROGRAM ONLY.**

Section 1: Permission – IMPORTANT! For 2nd, 3rd and 6th Grades ONLY!

Child's name: _____ ☐ Male ☐ Female

Address: _____ Zip Code: _____

Age: _____ Birth date: _____ Teacher: _____

Does child have a dentist? ☐ No ☐ Yes, dentist/clinic name: _____

Race (optional): ☐ White ☐ Hispanic ☐ Black ☐ Asian/Pacific Islander ☐ Native American ☐ Other

-  ☐ **YES, I want my child to get preventive dental care in the School Smile Program.**
I understand there will be no cost to me.
- ☐ No, I don't want my child to participate.

If you do NOT return this form, your child WILL receive a dental screening.

As the parent/guardian of the child above, I consent for this child to participate in the School Smile Program.
I authorize the use of my child's insurance information for billing purposes only. I also authorize photos of my
child to be taken ONLY for educational purposes or to promote the School Smile Program.

 **Parent Signature:** _____

Parent/guardian name: _____ Date: _____

Daytime/cell phone: _____ Evening phone: _____

Section 2: Insurance Information-PLEASE FILL OUT COMPLETELY!

If your child has Medi-Cal or other insurance, please let us know. This helps us cover the cost of the
program. **You will not be billed.**

- ☐ **No insurance.**
- ☐ **Yes, my child has Medi-cal.** Child's name on Medi-Cal card: _____
Medi-Cal #: _____
- ☐ **My child has other insurance.**
Insurance company: _____ Group #: _____
Name of insurance subscriber: _____
Subscriber birth date: _____ Subscriber ID #: _____
Insurance phone #: _____ Employer: _____

Section 3: Health Information

Does your child have any serious health problems? (Check all that apply) ☐ Yes ☐ No

- ☐ Diabetes ☐ Epilepsy ☐ Asthma ☐ Heart murmur ☐ Rheumatic fever/rheumatic heart disease
☐ Hepatitis ☐ Blood disorder or disease ☐ Other: _____

Medications your child takes: _____

Allergies: _____

Call **707-544-6911** for more information about the **School Smile Program.**

RETURN BY FRIDAY, SEPTEMBER 1ST

Forma de Permiso Dental

Cuidado dental para su hijo sin ningún costo

¡Su hijo recibirá una revisión dental, una aplicación de fluoruro, y sellantes dentales (si se requieren), sin ningún costo para usted!

*** SU INFORMACION PERSONAL, DE SALUD Y FINANCIERA NO SERA COMPARTIDA.
LA INFORMACION OBTENIDA SERA USADA UNICAMENTE POR EL PROGRAMA SOLAMENTE.**

Sección 1: Autorización ¡SECCION IMPORTANTE! Para grados 2^{do}, 3^{ro} y 6^{to} SOLAMENTE!

Nombre del niño/a: _____ ☐ Niño ☐ Niña

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Maestro: _____

¿Su hijo tiene un dentista? ☐ No ☐ Sí, Nombre del Dentista/Clinica: _____

Raza (opcional): ☐ Blanco ☐ Latino ☐ Asiático ☐ Nativo Americano ☐ Otro: _____

☐ **Sí, yo quiero que mi hijo reciba cuidado preventivo dental en el Programa Escolar de Sonrisas.
Entiendo que el servicio será gratuito.**

☐ **No, no quiero que mi hijo participe.**

Su hijo(a) recibirá un chequeo dental si usted NO regresa esta forma.

Como padre/guardián del niño mencionado anteriormente, doy permiso de que participe en el Programa Escolar de Sonrisas. Autorizo el uso del seguro de mi hijo solamente para propósitos de algún pago. También autorizo que le tomen fotos a mi hijo SOLAMENTE para propósitos educativos o para promover el Programa Escolar de Sonrisas.

Firma de del padre/tutor legal: _____

Nombre del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Número de celular: _____ Número de teléfono de casa: _____

Sección 2: Información de Seguro—¡POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCION!

Por favor, díganos si su hijo tiene Medi-Cal u otro seguro dental. La información del seguro nos ayuda a cubrir los costos del programa. **Usted no pagara nada.**

☐ **Mi hijo no tiene seguro dental.**

☐ **Sí, tiene Medi-Cal.** Nombre del niño en la tarjeta de Medi-Cal: _____

Número de Medi-Cal: _____

☐ **Mi hijo tiene otro seguro dental.**

Compañía de Seguro: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del subscritor del seguro: _____

Fecha de nacimiento del subscritor: _____ Número de Identificación del subscritor: _____

Número de teléfono del seguro: _____ Empleador: _____

Sección 3: Información de Salud

¿Ha tenido su hijo algún problema de salud grave? (Marque todas las cajas que le apliquen) ☐ Sí ☐ No

☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Asma ☐ Problemas del corazón ☐ Hepatitis ☐ Enfermedad en la sangre

☐ Fiebre reumática/enfermedad del corazón reumática ☐ Otro: _____

¿Qué medicamentos toma su hijo? _____

Alergias: _____

Llame al **707-544-6911** para más información sobre el **Programa Escolar de Sonrisas.**

ENTREGAR A SU MAESTRO EL 1º DE SEPTIEMBRE