

# 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 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup> and 6<sup>th</sup> 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 1<sup>ST</sup>**

# 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<sup>do</sup>, 3<sup>ro</sup> y 6<sup>to</sup> 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/Clínica: \_\_\_\_\_

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 subscriptor del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del subscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Identificación del subscriptor: \_\_\_\_\_

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**