

SCHOOL LOGO HERE



Building Healthy Smiles, a program of the United Way of Ventura County is bringing Sugarbug Dental to **SCHOOL on DATE**, to provide free visual dental screenings and fluoride varnish. Fluoride is a natural mineral in water that helps prevent cavities by making the entire tooth surface stronger and should be applied every 3 months for the best protection. Please complete this form and return it to your child's teacher as soon as possible so they can get fluoride varnish applied to their teeth for free.

***If you do not return this form, your child will ONLY receive a visual dental screening.**

CHILD INFORMATION:

Child's Name: _____ Teacher: _____

Does child have allergies? Yes, list _____ No Grade: Kinder 3rd

Child's insurance: Medi-Cal Gold Coast Covered CA Private _____ None

Does your child have a Dental Provider? Yes, list _____ No

When was the last time your child saw a dentist? In the last 6 months In the last 1 year
 more than 1 year

CONSENT FOR SERVICES:

Yes! I want my child to receive free fluoride varnish, a visual dental screening and coordination for follow-up care if needed.

Release to: Sugarbug Dental

I request and authorize that Building Healthy Smiles, a program of United Way of Ventura County, to release the information specified below to Sugarbug Dental, the organization named on this request. I understand that the information to be released includes Findings and Recommendations from school screening and transfer of records for coordination of care.

No. I do not want my child to receive free fluoride varnish and a visual dental screening.

Photo Release: I give permission for the use of voice, photo, or name of my child for educational or promotional purposes without limitation, reservation or any compensation by Building Healthy Smiles and school. Yes No

AUTHORIZATION:

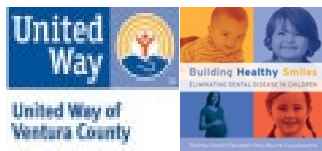
I certify that this request has been made voluntarily and that information given above is accurate to the best of my knowledge. I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken to comply with it. With my express revocation, this consent will automatically expire upon satisfaction of the need for disclosure, but in any event: on Dec 31, 2024; or if revoked in writing by patient.

REQUIRED PARENT/ GUARDIAN INFORMATION:

Name: _____ Language: English Spanish Mixteco Other _____

Phone: (_____) _____ Preferred contact: Phone call Text Email: _____

Relationship to child: _____ Signature: _____ Date: _____



Building Healthy Smiles, un programa de United Way del Condado de Ventura, traerá a Sugarbug Dental a la **ESCUELA, FECHA** para proporcionar evaluaciones visuales dentales gratuitas y barniz de fluoruro. El fluoruro es un mineral natural en el agua que ayuda a prevenir las caries ya que fortalece toda la superficie del diente y debe aplicarse cada 3 meses para obtener la mejor protección. Complete este formulario y devuélvalo al maestro(a) de su hijo(a) lo antes posible para que le apliquen barniz de fluoruro en los dientes de forma gratuita.

***Si no devuelve este formulario, su hijo (a) SÓLO recibirá una evaluación visual dental.**

INFORMACION DE SU HIJO(A):

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

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia? Sí, por favor indique _____ No Grado Kinder 3er

¿Qué aseguranza tiene su hijo(a)? Medi-Cal Gold Coast Covered CA
 Privado _____ Ninguna

¿Su hijo(a) tiene un proveedor dental? Sí, por favor indique _____ No

¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue al dentista? en los últimos 6 meses hace 1 año
 hace más de 1 año

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS:

Sí! Quiero que mi hijo(a) reciba gratuitamente la aplicación de barniz de fluoruro, una evaluación visual dental y la conexión con la atención de seguimiento si lo necesita.

Ceder a: Sugarbug Dental

Solicito y autorizo a Building Healthy Smiles, un programa de United Way del Condado de Ventura, a ceder la información que se especifica a continuación a Sugarbug Dental, la organización nombrada en esta solicitud.

Entiendo que la información que se cederá incluye: Resultados y recomendaciones la evaluación escolar y la transferencia de registros para la coordinación de la atención.

No. No quiero que mi hijo(a) reciba gratuitamente la aplicación de barniz de fluoruro y una evaluación visual dental.

Autorización de fotos: Doy permiso para el uso de la voz, la foto o el nombre de mi hijo para fines educativos o promocionales sin limitación, reserva o cualquier compensación por *Building Healthy Smiles y la escuela.* Sí No

AUTORIZACIÓN:

Certifico que esta solicitud se ha realizado voluntariamente y que la información proporcionada anteriormente es correcta según mi entendimiento. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplir con ella. Con mi cancelación expresa, este consentimiento caducará automáticamente una vez satisfecha la necesidad de la información, o a más tardar: el 31 de diciembre del 2024; o si es cancelado por escrito por el paciente.

INFORMACIÓN REQUERIDA DE LOS PADRES/TUTORES:

Nombre: _____ Idioma: Inglés Español Mixteco Otro _____

de teléfono: (____) _____ Prefiere: Llamada telefónica Texto Email: _____

Parentesco con el niño(a): _____ Firma: _____ Fecha: _____