

# Free School Sealant Program Permission Slip



Free dental screenings and sealants are available at your child's school provided by dental care professionals. Dental sealants are coatings put on the back teeth to help prevent cavities.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: _____		
School: _____		

**YES, I want my child to have a dental screening and dental sealants.**

\*Even though your child may have received sealants, please complete this form so we can check them.

**If yes, please complete and sign below**

<b>Contact Information</b>	
Parent/Guardian: _____	
Best phone number to reach you: _____	Permission to Text: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Email address: _____	
Mailing address: _____	

**Please provide the following information so we can better serve your child:**

My child is taking (list medications): _____	None: <input type="checkbox"/>
My child is allergic to: _____	None: <input type="checkbox"/>
Any current medical problems: _____	None: <input type="checkbox"/>
Any behavioral considerations: _____	None: <input type="checkbox"/>
Other information to help us better serve your child: _____	None: <input type="checkbox"/>

**Please complete the section below if you are able. You will not receive a bill.**

Health Insurance: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____ <input type="checkbox"/> No health insurance	These services are <b>FREE!</b>
--	------------------------------------

By signing below you:

As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchange of information, including any relevant personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I understand that my child's school may not supervise my child or dental staff during the time of this consented procedure. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices." Privacy Practices are available on the Dental3 website <http://dental3.net/forms/>.

**Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

# Programa escolar gratuito de selladores

## Hoja de permiso



Ahora se ofrecen revisiones dentales y servicios de selladores gratuitos en la escuela de su hijo/a. Los selladores dentales son revestimientos de plástico que se aplican a las muelas y son una forma rápida y fácil de prevenir las caries. Profesionales de la atención dental realizan la revisión y aplican los selladores.

Nombre del/de la menor: _____		
(Apellido)	(Primer nombre)	(Nombre de preferencia)
Fecha de nacimiento del/de la estudiante (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____ Maestro: _____ Grado: _____		
Escuela: _____		

### **SÍ, deseo que mi hijo/a reciba una revisión dental y selladores dentales.**

*\*Aunque su hijo/a recibió selladores en el pasado, marque "sí" para que podamos revisarlos.*

**Si eligió "sí", llene la información a continuación y firme.**

Información de contacto	
Padre, madre o tutor legal:	
Número telefónico para comunicarnos con usted:	Permiso para enviar mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal:	

**Proporcione la siguiente información para que podamos atender mejor a su hijo/a:**

Mi hijo/a toma (indique medicamentos):	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene alergia a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Cualquier problema médico actual:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Cualquier consideración del comportamiento:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo/a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>

**Complete la siguiente sección. Usted no recibirá una factura.**

Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Núm. de identificación del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)/Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Compañía de seguro dental privado _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	<b>¡Estos servicios son GRATUITOS!</b>
---	--

Al firmar a continuación, usted:

Como padre/madre/tutor legal, por medio de la presente autorizo la divulgación y el intercambio de información, incluida cualquier información médica personal relevante, entre el personal de los selladores dentales, el personal de la escuela, las compañías de seguro, el dentista del/de la menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Atención Dental constatada. Entiendo que el personal de la escuela podría no supervisar a mi hijo/a, o al personal dental, durante el procedimiento para el cual estoy dando consentimiento. He recibido una copia de los "Avisos de prácticas de privacidad" están disponibles en el sitio web de Dental3 <http://dental3.net/forms/>.

**Firma del padre, madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_