

Florida Department of Health in Volusia County - Dental Clinic

(School)

Preventive Oral Health Program

(Teacher)

No Cost to Parent

Child's Name: _____ Date of Birth _____ Sex M F

Street Address _____ Zip Code _____

Race/Ethnicity White Black/African American Asian Hispanic
 American Indian/Alaska Native Hawaiian/Pacific Islander Other

Child Insurance:

Medicaid? Yes No Other Insurance Yes No Child Insurance # _____

Child's Health History:

- Yes No Has your child received a dental check-up or dental care within the last year?
Dentist Name: _____
- Yes No Has your child been seriously ill? List all serious illnesses _____
- Yes No Is your child allergic to anything? List _____
- Yes No Is your child taking any medications? List all medications _____
- Yes No Has your child ever been seen in a Hospital Emergency Room for a dental problem?
- Yes No Is there anything else we should know about your child? If yes, please explain _____

Parent or Legal Guardian Information

Mother or Father's Name _____

Telephone: Home _____ Cell _____ Work _____

Legal Guardian Name _____ **** If legal guardian, see note below ****

Telephone Home _____ Cell _____ Work _____

To protect patient privacy, information about child's treatment can only be released to parents or legal guardians. I do hereby give consent to the Florida Department of Health in Volusia County, 1845 Holsonback Drive, Daytona Beach, Florida 32117, to use or disclose protected health information for treatment or Insurance/Medicaid payment. I agree if my child has urgent dental needs, his/her health information can be shared with the school nurse.

By signing this form I give permission for my child to participate in this program.

Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____

**** Anyone other than a natural parent giving consent for treatment must provide legal documentation of guardianship.**

This program will be provided at your child's school. Your child may also be examined next year as part of our monitoring program. New sealants will be placed, if needed at no charge to parent. If you have any questions, please contact our office at 386-274-0895

Florida Department of Health in Volusia County Dental Clinic

Programa de Salud Oral Preventivo

(School)

(Teacher)

Sin Costo Alguno

Nombre del Niño(a) Fecha de nacimiento Sexo M F

Dirección Código Postal

Raza/Grupo Étnico White Black/African American Asian Hispanic American Indian/Alaska Native Hawaiian/Pacific Islander Other

¿Niño(a) tiene Seguro/Medicaid Si No Niño(a) aseguradora de Número

Historial de Salud del Nino:

Si No ¿Ha recibido su niño(a) tratamiento dental o examen en el último año?

Nombre del Dentista :

Si No ¿Ha estado su niño(a) seriamente enfermo? Enumerar todas las enfermedades graves

Si No ¿Es su niño(a) alérgico a algo? Indicarlo

Si No ¿Esta su niño(a) tomando algún medicamento? Indicarlo

Si No ¿ Su hija/o a tenido que ser llevado a la Sala de Emergencias por algun problema dental?

Si No ¿Hay algún otra cosa que nosotros debemos saber de su niño(a)? Favor de explicar.

Información del guardián

Nombre de la Madre o el Padre:

Teléfono: Del Hogar: Celular: Trabajo:

Nombre de La Persona Encargada: Si guardian legal, ver nota abajo**

Teléfono: Del Hogar: Celular: Trabajo:

Para proteger la privacidad del paciente, información sobre el cuidado del niño(a) solo podrá ser otorgado a los padres o persona encargada legalmente. Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Volusia, 1845 Holsonback Drive, Daytona Beach Florida 32117 y a su personal dental (dentista) a examinar y atender a mi hijo y usar cualquier informacion de salud necesaria (protejida) para su tratamiento y/o pagos de Seguro/Medicaid. Estoy de acuerdo que si mi hijo(a) tiene una urgencia dental, su informacion de salud puede ser compartida con la enfermera de la escuela.

Con mi firma doy permiso para que mi hijo/a participe en este programa.

Firma de padre o Representante legal del niño(a) Fecha

**Padres o persona encargada solo podrán obtener acceso a tratamiento siempre y cuando obtengan y puedan proveer un document legal sobre la custodia.

Este programa será ofrecido en la escuela de su hijo(a). Su hijo(a) podrá ser evaluado el próximo año como parte del programa de monitoreo. Nuevos sellantes serán aplicados si es necesario. Si tiene alguna pregunta favor de llamar al 386-274-0895.