



DENTAL HEALTH NETWORK

Kern County Superintendent of Schools

Office of Mary C. Barlow...Advocates for Children

1800 30th St., Ste#230 - Bakersfield, CA 93301 - (661) 377-0328 - - - www.kccdhn.org

DENTAL CONSENT FORM

Name of Student _____ ^{please circle:} Male or Female Date of Birth _____

Telephone Number _____ School: _____

Email Address: _____

Race: Black/African American White/Caucasian Hispanic/Latino Alaskan Native/American Indian
(please circle) Asian Indian Other Pacific Islander More than one ethnicity/multi-racial
Other _____

Primary Language: English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Other
(please circle)

The Kern County Children's Dental Health Network staff will be available at your child's school.
The services your child will receive are:

An Oral Assessment

A registered dental hygienist will visually assess your child's teeth. **No x-rays** (radiographs) will be taken. This assessment will satisfy the State of California oral health mandate for children entering kindergarten.

I have read and understand the dental services offered by the Kern County Children's Dental Health Network (KCCDHN). I also understand that my child's information is kept confidential according to school, state, federal and KCCDHN policies (KCCDHN Notice of Information Practices & Privacy can be viewed at www.kern.org or by calling 661-377-0322. I understand there is NO COST FOR THE SERVICES PROVIDED AT THE SCHOOL SITE. This student has my permission to receive all appropriate dental services and all necessary care offered by the program. I acknowledge how to access KCCDHN Notice of Information and Practices & Privacy. I understand the services will be provided by a licensed dentist, registered dental hygienist or dental assistant practicing under the laws of the State of California

____ **YES**, I want my child to participate ____ **No**, I do not want my child to participate

Y ____ N ____ *Is your child allergic to latex?*

Y ____ N ____ *Has your child been seen by a dentist before today?*

Print name of parent

Signature of parent

Date



DENTAL HEALTH NETWORK

PERMISO PARA REVISO DENTAL

Nombre del Estudiante _____ *Marque Uno:*
Niño o Niña Fecha de Nacimiento _____

Teléfono: _____ Escuela: _____

Correo Electrónico: _____

Raza: Hispano/Latino Mexicano, Mexicano- Americano Puerto Riqueño Cubano
(marque uno) Centro Americano Mas de una Raza/ Multi-racial OTRO _____

Primer Lenguaje: Inglés Español Cantonese Mandarin Vietnamese Korean
(marque uno) OTRO _____

El personal de la Red de Salud Dental para Niños del Condado de Kern estarán disponibles en la escuela de su niño/a. Los servicios que su niño/a recibirá son:

Una Evaluación Oral

Un higienista dental registrado le hara una evaluación visual a los dientes de su niño/a. Rayos-X (radiografías) **NO** serán tomados. Esta evaluación satisfará el mandato de salud oral para niños del Estado de California, que entraran al Kinder.

He leído y entiendo los servicios dentales que ofrece la Red de Salud Dental para Niños del Condado de Kern. También entiendo que los resultados del revisó dental son confidenciales de acuerdo a las polizas de la escuela y las leyes estatales, federales y KCCDHN. (El aviso de practicas de informacion y privacidad se puede ver en www.kern.org o llamando a 661-377-0322. Entiendo que **NO HAY COSTO POR LOS SERVICIOS OFRECIDOS EN LA ESCUELA.** Este estudiante tiene mi permiso para recibir todos los servicios dentales adecuados y todos los cuidados necesarios que ofrece el programa. Entiendo como acceder al aviso de informacion, practicas y privacidad de KCCDHN. Entiendo que los servicios serán proporcionados por un dentista con licencia, higienista dental registrada, o asistente dental practicando bajo las leyes del Estado de California.

Si, quiero que mi niño/a participe **No**, quiero que mi niño/a participe

Si No ¿Es su niño/a alérgico al látex?

Si No ¿Ha sido su niño/a atendido por un dentista antes de hoy?

En Letra de MOLDE: Nombre de Padre/Guardián

Firma de Padre/Guardián

Fecha