



Dental Consent Form

DENTAL HEALTH NETWORK

School Name:

Teacher's Name:

Classroom #:

DENTAL SERVICES

The Kern County Superintendent of Schools provides children **no cost** quality dental services at their school site. All services are at **no cost** and your child can receive the services by filling out this form, signing at the bottom and returning it to his/her teacher right away. The oral hygiene services that will be provided to your child at their school are:

- ☺ **Screening of Teeth** - Your child's teeth will be examined by a licensed dental professional and a report will be sent home to you identifying any decay or detection of abnormalities. No x-rays will be taken at the school site.
- ☺ **Dental Cleaning and an Application of Topical Fluoride Varnish** - Your child will receive a dental cleaning and an application of topical fluoride varnish. Please don't give your child fluoride tablets, drops or mouth wash the day of the dental services.
- ☺ **Sealant Application** - Your child will receive dental sealants on his/her molars (if they are erupted).
- ☺ **Referral and Treatment of Decay to a LOCAL Pediatric Dentist** - If your child is identified with decay, the program staff will contact you to make an appointment with a local pediatric dentist (a specialty dentist who has been educated and trained to work with young children) in a dental office. *No treatment for decay will be done at the school site.* ALL visits to the pediatric dental office are no cost to you but insurance may be billed.

CHILD INFORMATION

Child's Last Name:

First Name:

CONSENT FOR SERVICES

 YES, I want my child to participate
(please complete information below & sign)
 NO, I do not want my child to participate
(do not complete remaining information)

Child's Birthdate:

Child's Age:

Child's Sex:

 Male Female
 Child's Race: Alaskan Native/American Indian Asian Black American Hispanic/Latino Pacific Islander
 White Multiracial Other

 Child's Language: English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Other

Address:

City:

Zip Code:

Home Phone:

Parent Cell Phone:

Email Address:

Is your child allergic to latex? Yes NoHas your child seen a dentist? Yes No
Has your child had any recent fevers? Yes No
Has your child been exposed to anyone who tested positive with Covid-19? Yes No
Has your child traveled out of the county in the last two weeks? Yes No

*I have read and accept the dental services offered by the Kern County Children's Dental Health Network (KCCDHN). I understand that dental procedures have the potential to include aerosol-generating procedures as well as anticipated splashes and sprays, which are some of the ways that COVID-19 can be spread. 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.kccdhn.org or by calling 661-377-0322). I acknowledge how to access KCCDHN Notice of Information and Practices & Privacy. 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 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.*

Parent Signature

Print Parent Name

Date



Permiso Para Tratamiento Dental

Escuela:

Maestro/a:

Numero de Clase #:

SERVICIOS DENTALES

La oficina de Superintendente de Escuelas del Condado de Kern le proporciona a los niños servicios dentales de calidad, **sin costo**, en su escuela. Todos los servicios son **sin costo** y su hijo/a puede recibir los servicios sólo por llenar este formulario, firme y devuelva a su maestro/a de inmediato. Los servicios de higiene oral que se proporcionarán a su hijo/a en la escuela son:

- Revisó Dental** - Los dientes de su niño/a serán examinados por un profesionalista dental con licencia y un informe será enviado a su casa identificando cualquier carie o la detección de anomalías. Rayos X no se tomarán en la escuela.
- Limpieza Dental y Aplicación del Barniz de Flúoruro** - Su hijo/a recibirá una limpieza dental y una aplicación de flúoruro para prevenir caries. Por favor no le de gotas, tabletas o enjuague bucal que contiene fluoruro a su hijo/a el día de la aplicación.
- Aplicación de Sellantes** - Su hijo/a recibirá sellantes dentales en sus muelas (si es que tiene muelas).
- Referencia y Tratamiento de Caries a un Dentista Pediátrico LOCAL** - Si su hijo/a es identificado con caries, el personal del programa se comunicará con usted para hacer una cita con un dentista pediátrico (un dentista especializado, educado y entrenado para trabajar con niños pequeños) en un consultorio dental. No se les hará tratamiento a las caries en la escuela. Todas las visitas al consultorio dental pediátrico son GRATIS, pero tal vez se le mandara una factura a la aseguranza.

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Apellido del Niño/a:

Nombre del Niño/a:

CONSENTIMIENTO

 SI, Quiero que mi niño/a participe
(por favor complete la información a continuación y firme)
 NO, No quiero que mi hijo/a participe
(no complete el resto de la información)

Fecha de Nacimiento:

Edad del Niño/a:

Sexo:

 Male Female

 Raza: Alaskan Native/American Indian Asian Black American Hispanic/Latino
 Native Hawaiian/Pacific Islander White Multiracial Other

 Lenguaje del Niño/a: Español Inglés Otro

Domicilio:

Ciudad:

Código Postal:

Teléfono de casa:

Celular:

Correo Electrónico:

 ¿Es su niño alérgico al latex? Si No

 ¿Su niño ha visto a un dentista? Si No

 ¿Ha tenido su hijo alguna fiebre reciente? Si No

 ¿Ha estado expuesto su hijo a alguien que dio positivo por COVID-19? Si No

 ¿Ha viajado su hijo fuera del área en las últimas dos semanas? Si No

He leído y entiendo los servicios dentales que ofrece la Red de Salud Dental para Niños del Condado de Kern. Entiendo que los procedimientos dentales tienen el potencial de incluir procedimientos generadores de aerosoles, así como salpicaduras y aerosoles anticipados, que son algunas de las formas en que COVID-19 se puede propagar. También entiendo que los resultados del revisó dental son confidenciales de acuerdo a las pólizas de la escuela y las leyes estatales, federales y KCCDHN. (El aviso de practicas de informacion y privacidad se puede ver en www.kccdhn.org o llamando a 661-377-0322. Entiendo como acceder al aviso de informacion, practicas y privacidad de KCCDHN. 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 que los servicios serán proporcionados por un dentista con licencia, higienista dental registrada, o asistente dental practicando bajo las leyes del Estado de California.

Firma de Padre

En letra de MOLDE: Nombre de Padre

Fecha