



School Dental Sealant Program

School Year 2021-2022

Child's Name:		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Age:	Birthdate:
Address:			City:	Zip Code:
Best Phone # to reach family:		Family Size:		Medicaid # (if applicable):
Ethnicity (Please Check one) <input type="checkbox"/> Not Hispanic/ Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino		Race (Check all that applies): <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other		
School:		Teacher's Name:		Grade:
Does your child have a primary physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does your child have a dentist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Child's physician:		Child's Dentist:		

YES, I give permission for my child to receive a dental screening, sealants & fluoride varnish application.

NO, I do not give permission for my child to receive a dental screening, sealants & fluoride varnish.

Please answer the following questions:

- Is your child currently taking any medications? Yes No Explain: _____
- Does your child have any allergies (dyes, foods, medications, etc.)? Yes No Explain: _____
- Are your child's immunizations up to date? Yes No Explain: _____
- Does your child have medical insurance? Yes No
- Does your child have a source of medical care? Yes No
- Is your child eligible for the free/reduced lunch program at school? Yes No
- How do you pay for your child's dental care?
 Self Medicaid/Dental Wellness Plan Kids Private dental insurance Hawki other
- My child's most recent dental visit was with the past:
 6 months 1 year 3 years 5 years never seen a dentist Unknown
- My child's most recent medical visit for a well-child/adolescent exam was within the past:
 3 months 6 months 12 months more than 1 year unknown
- List any concerns you have about your child's mouth or teeth: _____

I consent to Washington County Public Health use of email and texting to send me scheduling and child health services information.

Yes No Email address: _____

- If wanting a copy of the Notice of Privacy Practices, please visit our website www.washph.com
- I understand that this consent is valid for one (1) year upon the date of signature unless withdrawn in writing by the parent or guardian or client (if of legal age).
- I understand that services that will be received do not take the place of regular dental checkups at a dental office.
- I understand that these services are provided under the Iowa Department of Public Health (IDPH), Maternal, Child, and Adolescent Health Program.
- I understand records created and maintained as part of this program are the property of Iowa Department of Public Health.
- I understand that the information from these records may be shared with the Iowa Department of Public Health and its agents, Title V contractors, Iowa Medicaid Enterprise, or designee for audit and quality improvement purposes or other legally authorized purposes.

Parent/Guardian Signature

Print Name

Date

I voluntarily authorize Washington County Public Health to release, obtain, or exchange information manually and/or via an electronic platform maintained by Signify Community™ with the following: Title V MCAH agencies, Dental providers, Schools, and Head Start Agencies. This release does *not* authorize disclosure of material protected by federal and/or state law applicable to substance abuse, mental health, and/or AIDs-related information.

Parent/Guardian Signature

Date



Programa Escolar de Selladores Dentales

Año escolar 2021-22

Nombre completo del niño:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad:	Fecha de Nacimiento:
Dirección de casa:		Ciudad:		Código Postal:
Teléfono:		Tamaño de familia:	Numero de Medical:	
Raza (Marque una): <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino		Antecedente Racial: <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> asiático/ Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro		
Escuela:		Nombre de maestro:		Grado:
¿Tiene su hijo un medico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Medico:		¿Tiene su hijo un dentista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre del dentista:		

SÍ, doy permiso para que mi hijo reciba un revisión dental, selladores y aplicación de barniz de fluoruro.

NO, no doy permiso para que mi hijo reciba un revisión dental, selladores y barniz de fluoruro.

Por favor responde a las siguientes preguntas:

- ¿Su hijo está actualmente tomando algún medicamento? Sí No Explique: _____
- ¿Su hijo tiene alguna alergia (tintes, comidas, medicamentos, etc.)? Sí No Explique: _____
- ¿Las vacunas de su hijo están actualizadas? Sí No Explique: _____
- ¿Su hijo tiene seguro médico? Sí No
- ¿Tiene su hijo una fuente de atención médica? Sí No
- ¿Su hijo califica para la programa de comida gratuito o a precio reducido en la escuela? Sí No
- ¿Cómo paga por el cuidado dental de su hijo?
 Propio Medical/Dental Wellness Plan Kids Seguro dental privado Hawki Otro
- La visita dental más reciente de mi hijo fue hace:
 6 meses 1 año 3 años 5 años nunca ha visto dentista Desconocido
- La visita médica más reciente de mi hijo para un examen de niños sanos / adolescente fue en los últimos:
 3 meses 6 meses 12 meses más de un año Desconocido
- Escriba cualquier preocupación que tenga sobre la boca o los dientes de su hijo: _____

Yo doy mi consentimiento al Departamento de Salud Publica del Condado de Washington a utilizar correo electrónico y mensajes de texto para enviarme información sobre el servicio de salud infantil y agenda.

Sí No Correo electrónico: _____

- Si desea una copia del Aviso de prácticas de privacidad, visite a nuestro sitio web www.washph.com.
- Yo entiendo que este permiso es válido por un año a partir de la fecha de la firma a no ser de un retiro por escrito del padre o guardián.
- Yo entiendo que el servicio recibido no reemplaza un examen regular del dentista.
- Yo entiendo que estos servicios son aportados bajo el programa del Departamento de Salud Pública de Iowa, Salud Maternal, Hijo y adolescente.
- Yo entiendo que información creada y mantenida como parte de este programa es propiedad del Departamento de Salud Pública de Iowa.
- Yo entiendo que información colectada en este programa puede ser compartida con el Departamento de Salud Pública de Iowa, Contratistas del Título V, Empresa Medical de Iowa, o un designado para auditoria y mejoría de cualidad o fines legalmente autorizados.

Firma de Padre/Guardian

Imprimir su nombre

Fecha

Autorizo voluntariamente al Departamento de Salud Publica del Condado de Washington divulgar, obtener o intercambiar información manualmente y / o a través de una plataforma electrónica mantenida por Signify Community™ con los siguiente: Agencias del Título V MCAH, proveedor médico y dental, escuelas, y agencias de Head Start. Este comunicado no autoriza la divulgación de material protegido por la ley federal y / o estatal como el abuso de sustancias, salud mental y / o información relacionada con SIDA.

Firma de Padre/Guardian

Fecha