



### DENTAL CLEANING AND SEALANT PERMISSION SLIP

Preferred Dentistry Associates of Wisconsin, LLC ("Group") will be traveling to your child's school to perform a dental screening, prophylaxis (cleaning), application of topical fluoride and the placement of sealants on all permanent molars. A written summary of our services and evaluation will be furnished to the school nurse. Our Group will return in approximately six months after the initial screening for follow-up prophylaxis, application of fluoride and placement of sealants.

#### CHECK ONE OF THE FOLLOWING:

- I **DO** authorize the Group to treat the child named below and to disclose information regarding such treatment to the school.
- I **DO NOT** authorize the Group to treat the child named below. I understand by selecting this option this child will not receive dental services from the Group.

If you authorize treatment, please fill out and sign the authorization granting your permission and complete your child's medical history below:

Name of School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Classroom/Teacher: \_\_\_\_\_ Wisconsin Student ID #: \_\_\_\_\_

Dependent's First Name: \_\_\_\_\_ Last : \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Male  Female Date of Birth (DOB): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ethnicity (select one):  Hispanic  Non-Hispanic  Unknown

Race (select one):  White  Black  Asian  Native American  Native HI/Pacific Islander  Other: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's First Name: \_\_\_\_\_ Last : \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Insurance Information: Please check all that apply. No child will be refused based on their insurance coverage

Forward Health/Medicaid/BadgerCare: If so, Wisconsin Medicaid #: \_\_\_\_\_

Private Dental Insurance  No Dental Insurance  Other \_\_\_\_\_

#### Student's Health History - Please complete

Does your dependent:

Use medicine prescribed by a doctor?  Yes  No If yes, what kind?: \_\_\_\_\_

Need or use more medical care than other children the same age?  Yes  No

Have trouble doing things most children the same age can do?  Yes  No

Need or get special therapy, such as physical therapy, occupational therapy or speech therapy?  Yes  No

Need counseling or treatment for behavior problems, emotional problems, or delays in walking, talking, or activities that other children the same age can do?  Yes  No

If you checked any of the boxes above:

Has this problem lasted or is expected to last at least 12 months?  Yes  No

Does your child have any allergies (i.e. medications, latex, food ect.)  Yes  No If yes, what type?: \_\_\_\_\_

Does your child see a dentist regularly?  Yes, within 1 year  Yes, over 1 year ago  Never

Name of your child's primary dentist: \_\_\_\_\_

**I, Parent or Legal Guardian (please print name),** \_\_\_\_\_ give my consent for the child named above to participate in the school-based oral health program, which includes a dental screening, dental prophylaxis (cleaning), fluoride treatment and the application of sealants on permanent molars. I understand that these services will be performed by registered dental hygienists employed or contracted by Preferred Dentistry Associates of Wisconsin, LLC, and that my child may be randomly selected at a follow-up visit to determine the quality of dental work performed by these hygienists. I understand that my failure to give consent will exclude my child from participating in this program. I authorize Preferred Dentistry Associates of Wisconsin, LLC to use my child's Medicaid or Kid Care recipient number or insurance group and policy numbers for billing purposes only. I have answered the questions in the medical history to the best of my knowledge. I understand that the treatment which my child will receive in this program is not meant to be an alternative to regular dental care. It is still strongly recommended that I seek out a dental home (family dentist) for routine dental care, including any follow-up care which may be recommended after my child has completed this school-based oral health program.

Signature of Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**!! RETURN THIS PAGE TO SCHOOL !!**



### Forma de consentimiento para limpieza dental y selladores

Preferred Dentistry Associates de Wisconsin, LLC ("Grupo") va a ir a la escuela de su hijos/as para hacer exámenes dentales, prophylaxis (limpieza), aplicación de flúor y aplicación de selladores( un revestimiento protector en la superficies de mascar de las muelas). La enfermera de la escuela va a recibir un resumen de nuestros servicios y evaluaciones. Nuestro grupo regresará en aproximadamente seis meses después del examen inicial para ser otra limpieza, aplicación de flúor y selladores.

#### Seleccioné una de las siguiente:

- Si autorizo que el grupo dental le haga los tratamientos señalados y compartan la información del tratamiento con la escuela.
- No autorizo que el grupo dental le haga los tratamientos señalados. Entiendo que seleccionando esta opción, mi hijo/a no recibirá tratamiento dental del grupo.

Si autoriza tratamiento, por favor de llenar esta forma de autorización que nos da permiso hacer el tratamiento. Y por favor de llenar la información médica de su hijo/a.

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón de clase/Maestro \_\_\_\_\_ ID# de Wisconsin: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ Apellido : \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grupo Étnico (seleccione uno):  Hispano  No Hispano  Desconocer Raza (seleccione uno):  Blanca  Negra  Asiática  Indio Americano  Nativo de Alaska  Otro: \_\_\_\_\_

Padre (o guardián) Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido : \_\_\_\_\_ Telefono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Información de aseguranza: Seleccione todos los que aplique. Ningún niño va ser rechazado por la clase de aseguranza que tenga.

- Forward Health/Medicaid/BadgerCare: Si tiene, Numero De Medicaid De Wisconsin #: \_\_\_\_\_
- Aseguranza dental privada  No aseguranza dental  Otro: \_\_\_\_\_

#### Historial Médica del Estudiante – Por favor de completar

##### Su dependiente:

Usa medicamento recetado por un médico?  Sí  No Que clase de medicamento?: \_\_\_\_\_

Necesita más tratamiento médico que otros niños de su edad?  Sí  No

Tiene problemas haciendo actividades que otros niños hacen?  Sí  No

Necesita terapia especial, como terapia física, o terapia de comunicación?  Si  No

Necesita tratamiento de comportamiento, problemas emocionales, desarrollo en caminar, hablar, o actividades que otros niños de su edad pueden hacer?  Si  No

##### Si marcó sí a cualquier pregunta:

A durado la limitación por 12 meses o más?  Sí  No

Tiene su hijo/a alguna alergia (i.e medicaciones, material latex, comidas ect)  Sí  No Que clase de alergia?:: \_\_\_\_\_

Ve su hijo/a un dentista regularmente?  Sí, entre un año  Sí, sobre un año  Nunca

nobre del dentista de su hijo/a: : \_\_\_\_\_

**Yo, Padre o Guardián legal (por favor poner nombre), \_\_\_\_\_ doy consentimiento que mi hijo/autorización participe en el programa dental de la escuela, que incluye un examen, prophylaxis (limpieza), flúor y aplicación de selladores en las muelas. Entiendo que estos servicios van a ser hechos por un higienista dental registrado y empleado con Preferred Dentistry Associates of Wisconsin, LLC, y que mi hijo/a puede ser seleccionado en otra visita para determinar la calidad del trabajo dental que hicieron nuestros higienista dentales. Entiendo que si no lleno esta forma, no estoy dando consentimiento para para que mi hijo/a sean visto por el grupo. Autorizo Preferred Dentistry Associates of Wisconsin, LLC a usar el Medicaid o Kid Care de mi hijo/a, o el número número de póliza de mi aseguranza para propósitos de pago solamente. Contesté las preguntas del historial médico a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el tratamiento que reciba mi hijo/a en este programa no es hecho para sustituir tratamiento dental regular. Es recomendable que yo busque un dentista familiar para tratamiento dentales rutinarios, incluyendo tratamientos que se requieren después que haya participado en el programa dental de la escuela.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**!! REGRESE ESTA FORMA A LA ESCUELA !!**