



# DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT

*Everyone, Everywhere, Everyday*

**Dental Van Date: Wednesday, December 7<sup>th</sup>, 2016**

**The DuPage County Health Department Dental Program will be coming to your school to do free dental exams for any child who returns a completed consent form**

- **Return a completed form even if your child has seen a dentist in the last year. Dental visits are recommended every 6 months. Completed/signed form due December 2<sup>nd</sup>.**
- **This dental exam will meet the requirement for students who need State mandated dental exams. A school exam form will be given to the school nurse.**
- **If the child meets the requirements they will receive a free dental cleaning, fluoride treatment, sealants.**
- **A toothbrush and a letter will be sent home with the child with the exam results and what services were done and follow up treatment (which may include restorations etc).**

**Please completely fill out the attached consent form and return it to your child's teacher.**

**If you are not interested please write NO across form, sign and return**



# DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT

*Everyone, Everywhere, Everyday*

**El Programa Dental del Departamento de Salud del Condado de DuPage va a venir a la escuela para hacer exámenes dentales gratis (7 de diciembre de 2016) para cualquier niño(a) que devuelve un formulario de consentimiento completado**

- **Devolución de un formulario completo, incluso si su hijo ha visto a un dentista en el último año. Visitas al dentista se recomiendan cada 6 meses. Devuelva el Formulario completado para el 2 de diciembre.**
- **Este examen dental cumplirá el requisito para los estudiantes que requiere el Estado. Una forma del examen dental se le dará a la enfermera de la escuela.**
- **Si el niño(a) cumple con los requisitos recibirán una limpieza dental gratuita, tratamiento de fluoruro, selladores y tratamiento de seguimiento (que puede incluir rellenos etcétera).**
- **Un cepillo de dientes y una carta será enviada a casa con el niño con los resultados de los exámenes y qué servicios se realizaron.**

**Por favor llene completamente el formulario de consentimiento adjunto y devolverlo a la maestra de su hijo(a).**

**Si usted no está interesado por favor escriba NO en toda la forma, firme y devuelva la forma.**

**Departamento de Salud Condado de DuPage Acuerdo de Tratamiento y Exención de Responsabilidad  
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON PLUMA**

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Apellido del Niño(a) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino

Nombre de Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONO \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

**Marca si su hijo/a a tenido alguno de los siguientes:**

Soplo Cardíaco	Problemas del corazón	Epilepsia	Vacuna Contra la Influenza
Fiebre Reumática	Presión arterial alta	Asma	VIH/SIDA
TB (Tuberculosis)	Problemas de Sangre	Alergias	Alergia al Látex (Goma, Plástico)
Diabetes	Hepatitis infecciosa	Enfermedad del riñón o hígado	

Tiene su hijo(a) buena salud?                      SÍ      NO

Padece de alergias?                                      SÍ      NO      Cuales alergias?: \_\_\_\_\_

Esta su hijo(a) tomando medicamentos?        SÍ      NO      Cuales medicamentos?: \_\_\_\_\_

Esta su hijo(a) de bajo de supervisión Médica? SÍ      NO      Razón? \_\_\_\_\_

Su hijo(a) pertenece al programa de alimentos gratis/precio reducido en la escuela?                      SÍ      NO

Tiene su hijo(a) tiene Ayuda Pública?            SÍ      NO

**Si tiene hijo Ayuda Pública por favor de incluir su NÚMERO de IDENTIFICACION:**

# \_\_\_\_\_ (El numero tiene 9 dígitos y está en la parte trasera de la tarjeta.)

*Enviaremos la factura por servicios a la ayuda pública.*

Tiene su hijo(a) algún otro seguro?            SÍ                      NO      Nombre de Seguro \_\_\_\_\_

Nombre del dentista familiar \_\_\_\_\_ Fecha de última cita con el Dentista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Favor de apuntar cuantas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

Por favor marque su ingreso anual (familiar):

<b>21,775 o menor</b>	<b>52,559 o menor</b>	<b>83,343 o menor</b>
<b>29,471 o menor</b>	<b>60,255 o menor</b>	<b>91,039 o menor</b>
<b>37,167 o menor</b>	<b>67,951 o menor</b>	<b>98,735 o menor</b>
<b>44,863 o menor</b>	<b>75,647 o menor</b>	<b>106,431 o mayor</b>

**DECLARACIÓN DE LIBERACIÓN DE SERVICIOS DENTALES** Yo LIBERO, ABSUELVO Y DESCARGO EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE DUPAGE COUNTY, SUS EMPLEADOS Y SUS AGENTES, DE TODOS Y CADA UNA DE LAS RESPONSABILIDADES A MI, MIS REPRESENTATIVOS PERSONALES O PARIENTE O DEUDO MÁS CERCANO, DE TODOS Y CADA UNA DE LAS RECLAMACIONES, DEMANDAS O PLEITOS Y DAÑO, O CUALQUIER OTRA PÉDIDA, DE CUALQUIER TIPO O CLASE, PROVENIENDO DE O RESULTADO DE, O QUE RESULTARÁ DE, LA RENDICION DE CUALQUIER SERVICIO DENTAL. TAMBIÉN, ESTOY DE ACUERDO INDEMNIZAR, LIBRAR DE, Y TENER INNOCUO EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE DUPAGE COUNTY Y SUS AGENTES DE CUALQUIER PÉDIDA, RESPONSABILIDAD, DAÑO O COSTO O RECLAMACIÓN, LOS CUALES HABRÁN SIDOS SUFRIDOS, O SERÁN DE AHORA EN ADELANTE SUFRIDOS POR MI COMO UNA RESULTA DE LOS SERVICIOS DENTALES. YO HE LEIDO ESTA LIBERACIÓN Y ENTIENDO TODAS LAS CONDICIONES. ASIMISMO, YO LA CUMPLÓ VOLUNTARIAMENTE Y CON CONOCIMIENTO TOTAL DE SU SIGNIFICADO. ENTIENDO QUE EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE DUPAGE COUNTY ESTÁ PROVEÍDO LOS PROCEDIMIENTOS COMO UN SEVICIO PÚBLICO Y TIENE MI PERMISO PARA REVISAR Y REEMPLAZAR LOS SELLADORES COMO ESTE DICTADO POR LA CONCESION. ESTA AUTORIZACION EXPIRA CINCO AÑOES DE ESTA FECHA.

**YO DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO/A TENGA TRATAMIENTO DENTAL POR EL PROGRAMA DENTAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE DUPAGE:**

YO AUTORIZO EL DENTISTA Y HIGIENISTAS DENTALES EN ASISTENCIA PARA EXAMINER Y TARTAR MI NIÑO Y RENDER TODOS LOS TRATAMIENTOS DENTALES INCLUIENDO ANESTHESIA LOCAL, RESTAURACION, EXTRACTION, LIMPIEZA DENTAL, SELLADORES, TRATAMIENTO FLUORURO Y CUAL QUER TRATAMIENTO QUE SEA RECOMENDADO POR EL DENTISTA.

HE REVISADO EL HISTORIAL MÉDICO DE MÍ HIJO

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DuPage County Health Department TREATMENT Agreement and Release of Liability**  
**PLEASE PRINT CLEARLY IN PEN**

Child's First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_  
 Child's Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Child's Race \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian's Name \_\_\_\_\_ Child's Sex: Male Female  
 Address \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_  
 HOME TELEPHONE NUMBER \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

**HEALTH HISTORY**

Circle if your child has had any of the following:

Heart Murmur	Tuberculosis	HIV/AIDS	Influenza Vaccine
Rheumatic Fever	Liver & Kidney Problems	Asthma	Infectious Hepatitis
Heart Problems	High Blood Pressure	Allergies	Diabetes
			Latex Allergy

My Child is in good health. YES NO  
 Is your child allergic to anything? YES NO List Allergies: \_\_\_\_\_  
 Is your child taking any medications? YES NO List Medications: \_\_\_\_\_  
 Is your child under care of a doctor now? YES NO Why? \_\_\_\_\_

My child is eligible for the Free or Reduced Lunch Program. YES NO  
 Is your child on Medicaid? YES NO  
 If your child has Medicaid please include your child's RECIPIENT ID# \_\_\_\_\_  
*Your Medicaid will be billed* (9 digit # on back of card)  
 Is your child covered by other dental insurance? YES NO Name of Insurance \_\_\_\_\_  
 Name of Family Dentist \_\_\_\_\_ Date of Last Dental Exam \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**HOW MANY PEOPLE LIVE IN YOUR HOUSEHOLD?** \_\_\_\_\_

**PLEASE CIRCLE YOUR FAMILY INCOME:**

21,775 or less	52,559 or less	83,343 or less
29,471 or less	60,255 or less	91,039 or less
37,167 or less	67,951 or less	98,735 or less
44,863 or less	75,647 or less	106,431 or more

**RELEASE OF LIABILITY FOR DENTAL SERVICES** I HEREBY RELEASE, WAIVE AND DISCHARGE THE DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT, THEIR EMPLOYEES AND AGENTS, FROM ANY LIABILITY TO ME, MY PERSONAL REPRESENTATIVES OR NEXT OF KIN FOR ANY AND ALL DAMAGE, AND ANY CLAIM OR DEMANDS MADE ON ACCOUNT OF DENTAL SERVICES PROVIDED. I FURTHER AGREE TO INDEMNIFY, SAVE AND HOLD HARMLESS THE DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT AND ANY OF IT AGENTS FROM ANY LOSS, LIABILITY, DAMAGE OR COST OR CLAIM THEY MAY INCUR AS A RESULT OF DENTAL SERVICES. I HAVE READ AND UNDERSTOOD THIS AGREEMENT AND VOLUNTARILY AGREE TO ALL OF ITS TERMS AND CONDITIONS. I UNDERSTAND THAT THE DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT IS PROVIDING THESE PROCEDURES AS A PUBLIC SERVICE AND HAS MY PERMISSION TO RECHECK AND REPLACE SEALANTS AS DICTATED BY THE GRANT. THIS AUTHORIZATION EXPIRES FIVE YEARS FROM THIS DATE.

**I GIVE CONSENT FOR MY CHILD TO HAVE DENTAL TREATMENT BY THE DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL PROGRAM:**

I hereby authorize the dentists & dental hygienists in attendance to examine & treat my minor child or ward as applicable and to perform all dental procedures including local anesthesia, restorations, extractions, dental cleaning, sealants and fluoride treatment as may be deemed necessary by the dentist.

I have reviewed my child's medical history

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