



Glen Ellyn School District 41: Ignite Passion. Inspire Excellence. Imagine Possibilities.

**“SMILE SQUAD” DENTAL VAN  
FREE DENTAL SCREENINGS FOR ALL STUDENTS**

**April, 2017**

Dear Parent or Guardian:

The DuPage County Health Department’s “Smile Squad” mobile dental clinic will be coming to Abraham Lincoln Elementary on Tuesday, May 2<sup>nd</sup> and Wednesday, May 3<sup>rd</sup>, 2017. Free dental screenings will be offered to all students and additional treatments to select students.

Kindergarten and second grade students are required by the State of Illinois to have a dental exam completed by May 15<sup>th</sup>, 2017. The above dental screening offering is accepted for this requirement.

**Tooth decay is the single most common chronic childhood disease and can result in excessive absenteeism. If untreated, tooth decay can lead to problems in eating, speaking and learning.**

***Participation on the “Smile Squad” Mobile Dental Clinic:***

- A **consent form**, which includes a medical history, must be completed and signed for any dental screenings/ treatment to be done. **Please complete and sign the attached consent form and return to your child’s school by Friday, April 21<sup>st</sup>, 2017.**
- Criteria for children to participate in the program are based on residency in DuPage County.

***Dental Treatment on the “Smile Squad” Mobile Dental Clinic:***

- All students may receive a free dental screening. To select students, additional services may be offered.
- Dental screenings/treatment will be provided during school hours.
- The mobile dental clinic will be parked in the school or facility parking lot.
- Children will only miss a minimal amount of school for dental treatment.
- All children seen on the “Smile Squad” mobile dental clinic will receive a letter for their parent or guardian indicating what dental treatment was done.

**Contact your child’s school health office with any questions or concerns.**

**Abraham Lincoln Health Office: 630-534-7563**

*We make a difference. We embrace change together. We are a true team of professionals. We build the future.*

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Distrito Escolar 41 de Glen Ellyn: Enciende la Pasión. Inspira la excelencia. Imagina las Posibilidades.

## **CLINICA DENTAL MOVIL "ESCUADRON DE LA SONRISA" EVALUACIONES DENTALES GRATIS PARA TODOS LOS ESTUDIANTES**

**Abril del 2017.**

Estimados Padres/tutores de familia,  
El Departamento de Salud del Condado de DuPage y su clínica dental móvil "Escuadrón de la Sonrisa" estarán visitando a la Escuela Abraham Lincoln el Martes y Miércoles; Mayo 2 y 3 del 2017. Ellos estarán ofreciendo evaluaciones dentales gratis para todos los estudiantes, así como tratamientos adicionales para aquellos estudiantes que califiquen.

**La caries es uno de los problemas crónicos más comunes en las enfermedades de los niños y puede resultar en un excesivo ausentismo. Si no es tratada, la caries puede llevar a problemas en la alimentación, de expresión y aprendizaje.**

*Para participar en la Clínica Dental Móvil "Escuadrón de la Sonrisa" necesitamos,*

- **Un formato de autorización**, el cual incluye una sección con historial médico que debe ser llenado y firmado para que se le pueda llevar a cabo la evaluación/tratamiento. **Por favor llene y firme el formato anexo y regréselo a la escuela de su estudiante antes del Viernes, 21 de Abril del 2017.**
- El criterio de participación para todos los menores en este programa es basado en su residencia dentro del Condado de DuPage.

*Tratamientos Dentales en la Clínica Dental Móvil "Escuadrón de la Sonrisa":*

- Todos los estudiantes pueden recibir una evaluación dental gratis. Para aquellos estudiantes que califiquen, servicios adicionales serán ofrecidos.
- La evaluación/tratamiento será ofrecido durante el horario escolar.
- La Clínica Dental Móvil estará estacionada en el área de estacionamiento de la Escuela.
- Los niños perderán solo un poco del tiempo de estudios para recibir sus servicios dentales.
- Todos los niños atendidos por Clínica Dental Móvil "Escuadrón de la Sonrisa" recibirán una carta dirigida a sus padres, indicando los servicios dentales recibidos.

Lo invitamos a participar en este valioso programa.

**Si tiene alguna pregunta, llame directamente a la oficina de salud de la escuela de su estudiante.**

**Oficina de Salud:**

**Escuela Abraham Lincoln: 630-534-7563**

*Hacemos la Diferencia. Abrazamos el Cambio Juntos. Somos un Verdadero Equipo de Profesionales. Construimos el Futuro.*

---

Distrito Escolar 41 de Glen Ellyn, Superintendente Dr. Paul Gordon

793 N. Main St., Glen Ellyn, IL 60137

Tel.: 630.790.6400 Fax: 630.790.1867 [www.d41.org](http://www.d41.org)

**DuPage County Health Department Acuerdo de Tratamiento y Liberación de Responsabilidad  
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN PLUMA**

Primer Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Apellido del Niño \_\_\_\_\_

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

Nombre de Padre o Guardián \_\_\_\_\_

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

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

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

**HISTORIA MEDICA**

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

Soplo Cardíaco	Problemas del corazón	Epilepsia	Vacuna Contra la Influenza
Fiebre Reumatic	Presion arterial alta	Asma	VIH/SIDA
TB (Tuberculosis)	Problemas de Sangre	Alergias	Alergia al Latex(Goma, Plastico)
Diabetes	Hepatitis infectisiosá	Enfermedad del rinon o higado	

Esta su hijo en buen salud?                    SÍ    NO  
 Tiene su hijo alergias?                        SÍ    NO    Cuales alergias: \_\_\_\_\_  
 Su hijo esta tomando medicamentos?    SÍ    NO    Cuales medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Esta su hijo de bajo de supervision  
     de un doctor medico?                      SÍ    NO    Por qué? \_\_\_\_\_  
 Mi hijo tiene almuerzos reducidos.        SÍ    NO  
 Tiene su hijo tiene Ayuda Pública?        SÍ    NO

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

# \_\_\_\_\_ (El numero tiene 9 digitos y esta de tras de su tarjeta.)

*Su Ayuda Pública sera facturará*

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

Nombre del dentista familiar \_\_\_\_\_ Fecha de ultima cita dental \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**Por favor marque su ingreso anual (familiar):**

<b>21,775 o menos</b>	<b>52,559 o menos</b>	<b>83,343 o menos</b>
<b>29,471 o menos</b>	<b>60,255 o menos</b>	<b>91,039 o menos</b>
<b>37,167 o menos</b>	<b>67,951 o menos</b>	<b>98,735 o menos</b>
<b>44,863 o menos</b>	<b>75,647 o menos</b>	<b>106,431 o más</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 CUMPLIO 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 ANOES 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 HIGENISTAS DENTALES EN ASISTENCIA PARA EXAMINER Y TARTAR MI NIÑO Y RENDER TODOS LOS TRATAMIENTOS DENTALES INCLUYENDO 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

