

If your child has a dentist, please DO NOT complete this form

Please complete and return to your child's school IMMEDIATELY

Please print clearly

School Name: _____ Grade: _____ Teacher: _____

Child's Name: _____ Gender: _____ Date of Birth ____/____/____
First MI Last

Parent's Name: _____ Phone: (____) ____-____

Address: _____ Cell Phone: (____) ____-____
Street, Lot # or Apt. # City Zip

Email: _____

Child of Migrant Farm Worker: Yes / No

Ethnic/Racial Background:
(circle all that apply)

African American Arab/Chaldean Asian/Pacific Islander Hispanic Native American White/Caucasian

To receive dental services this portion must be completed:

If dental services are obtained elsewhere; it may affect benefits that your child receives from private insurance, a state or federal program, or a third party provider.

Child's Medicaid/Healthy Kids Dental ID#: _____ Child's Social Security # _____

How many people are in your household? _____ What is your **monthly** household income before taxes? \$ _____

HEALTH HISTORY

Are immunizations complete? Yes / No Date of last dental exam: _____ Dentist or dental office that previously provided dental services in the past 12 months: _____

Please check each condition that applies to your child

		Yes	No
Acid Reflux/GERD	Heart Disease		
ADD/ADHD	Heart Murmur		
Anemia	Hepatitis/Liver Disease		
Artificial Joints	HIV/AIDS		
Asthma	Kidney, Bladder Disease		
Autism	Pacemaker/Implanted Devices		
Bleeding disorders	Pregnant, Nursing		
Cerebral Palsy	Psychiatric/Psychological Care		
Chronic Sinus	Radiation/Chemo Treatments		
Congenital heart Disease/Defect	Rheumatic Fever		
Convulsions	Seizures		
Dental Surgery - Date: _____	Steroid Therapy		
Diabetes	Taking Birth Control		
Disability	TB/Emphysema		
Epilepsy	Thyroid		
Hearing	Tumors, Cancer		
Heart Attack or Stroke	Other: _____		
Is your child under the care of a doctor for any medical condition? If yes, what medical condition?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is your child taking any medications? If yes, medication and reason for taking them:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has your child been hospitalized? Please list why and when:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does your child have any allergies to drugs, foods or latex? Please list:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does your child have any cognitive/emotional impairments? If yes, please explain:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does your child take a pre-medication for dental procedures? If yes, what?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Please provide any additional details on your child's health:			

I hereby grant Ottawa County Department of Public Health (OCDPH) permission to perform all dental services on my child, including the use of Nitrous Oxide, x-rays, prophylaxis (cleaning) sealants, fluoride, fillings, pulpotomy (baby tooth nerve treatment), stainless steel crown or extractions. I also grant permission for dental, dental hygiene and/or dental assisting students, under the direct supervision of a licensed dental professional, to provide dental services for my child. I understand that an HIV or hepatitis test may be performed on him or her without consent in the event that an OCDPH employee or a dental provider sustains a needle stick injury, mucous membrane or open wound exposure to my child's blood or other body fluids. In the event of an emergency I authorize an adult to seek medical attention for my child. I give permission for a school employee to transport my child to OCDPH's designated medical facility.

This consent is good for one year from date of signature. I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I hereby authorize OCDPH to verify the information above. **Please inform us of any Medical history changes by calling 800-467-5905.** I understand that if I have given false information this may disqualify my child from receiving dental services. I certify that I give full consent to have my child photographed, videotaped and/or interviewed on Miles of Smiles dental mobile unit. I also give full consent for said photographs, videotapes and/or interviews to be published for health agencies use and/or news media releases. Dental records may be made available to schools, Head Start programs, dental offices, clinics, health agencies, assistance programs and your health insurance plan, upon request. I have been informed that the HIPAA Privacy Notice is available on the county website www.miottawa.org/dental. A copy of the HIPAA Privacy Notice is also available upon request by calling **616.494.5540**

Signature of parent or legal guardian

Relationship

Date

Si su hijo tiene un dentista, NO complete este formulario
Sírvese llenar y devolver INMEDIATAMENTE a la escuela de su hijo
por favor imprime claramente

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Nombre del niño: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre Inicial del Segundo nombre Apellido

Nombre de los padres: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____
Dirección, Apt. #, Lot # Ciudad Código postal

correo electrónico: _____ Hijo de trabajador migrante: Sí / No

Origen étnico / racial:
Circule todo lo que corresponda: Afroamericano Árabe/Caldeo Asiático/Isleño del Pacífico Hispano Nativo americano Blanco/Caucásico

Para recibir servicios dentales debe llenar esta parte:

Si obtienen servicios dentales en otro lugar, puede afectar los beneficios que su hijo recibe de seguros privados, un programa estado o federal, o un proveedor terceros.

Número de ID de Medicaid/Healthy Kids Dental del niño: _____ Núm. de Seguridad Social del niño _____

¿Cuántas personas viven en su casa? _____ ¿Cuál es su ingreso familiar **por mes** antes de impuestos? \$ _____

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Ha recibido todas las vacunas? Sí / No Fecha del último examen dental: _____ Dentista o consultorio dental que prestó servicios dentales en los últimos 12 meses: _____

Marque cada afección que corresponde a la situación de su hijo

			Sí	No
<input type="checkbox"/>	Reflujo ácido/Enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD por sus siglas en inglés)	Enfermedad cardíaca		
<input type="checkbox"/>	Trastorno de déficit de la atención (ADD por sus siglas en inglés)/Trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés)	Soplo cardíaco		
<input type="checkbox"/>	Anemia	Hepatitis/Enfermedad del hígado		
<input type="checkbox"/>	Articulaciones artificiales	VIH/SIDA		
<input type="checkbox"/>	Asma	Enfermedad de los riñones o la vejiga		
<input type="checkbox"/>	Autismo	Marcapasos/Dispositivos implantados		
<input type="checkbox"/>	Trastornos hemorrágicos	Embarazada, Lactando		
<input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral	Atención psiquiátrica/psicológica		
<input type="checkbox"/>	Sinusitis crónica	Tratamiento con radiación/quimioterapia		
<input type="checkbox"/>	Enfermedad o defecto cardíaco congénito	Fiebre reumática		
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	Tratamiento con esteroides		
<input type="checkbox"/>	Cirugía dental - Fecha: _____	Toma anticonceptivos actualmente		
<input type="checkbox"/>	Diabetes	Tuberculosis/enfisema		
<input type="checkbox"/>	Discapacidad	Tiroides		
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	Tumores, cáncer		
<input type="checkbox"/>	Audición	Otra: _____		
<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco o Apoplejía			
		¿El niño está siendo atendido por un médico debido a alguna condición médica? Si es así, ¿qué condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Su hijo está tomando algún medicamento? Si contesta "Sí", indique el medicamento y la razón por la cual lo toma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Han hospitalizado alguna vez a su hijo? Indique la razón y la fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Su hijo tiene alguna alergia a fármacos, alimentos o al látex? Indique cuáles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Su hijo tiene algún trastorno cognitivo/emocional? Si es así, por favor explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Toma su hijo una medicación previa para procedimientos dentales? Si es así, ¿qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Por favor, proporcionar detalles adicionales sobre la salud de su hijo:		

Mediante este documento otorgo al Ottawa County Department of Public Health (Departamento de Salud Pública del Condado de Ottawa, OCDPH) autorización para prestar todo tipo de servicios odontológicos a mi hijo, incluidos el uso de óxido nítrico, radiografías, profilaxis (limpieza), sellantes, flúor, obturaciones, pulpotomía (tratamiento del nervio de un diente temporal), coronas de acero inoxidable o extracciones. Asimismo otorgo permiso para que estudiantes de odontología, de higiene dental y/o de asistencia dental, bajo la supervisión directa de un profesional odontológico licenciado, proporcionen servicios odontológicos a mi hijo. Comprendo que cabe la posibilidad de que se realice a mi hijo una prueba del VIH o hepatitis sin mi consentimiento en caso de que un empleado o un proveedor odontológico del OCDPH sufra una lesión por pinchazo de aguja, o haya estado expuesto a la sangre o los fluidos corporales de mi hijo a través de las membranas mucosas o heridas abiertas. En caso de emergencia, autorizo que un adulto busque atención médica para mi hijo. Doy permiso para que un empleado de la escuela traslade a mi hijo al centro médico designado por el OCDPH.

Este consentimiento tiene vigencia de un año a partir de la fecha de la firma. Certifico que la información anterior es cierta y correcta, a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al OCDPH a verificar la información que antecede. **Sírvese informarnos de cualquier cambio en los antecedentes médicos llamando al 800-467-5905.** Entiendo que de haber proporcionado información falsa, podría descalificar a mi hijo para la obtención de servicios odontológicos. Certifico que otorgo mi pleno consentimiento para fotografiar, filmar y/o entrevistar a mi hijo en la unidad odontológica móvil de Miles of Smiles. También otorgo pleno consentimiento para que dichas fotografías, grabaciones de video y/o entrevistas sean publicadas, ya sea para uso de organismos de salud, para presentación de noticias en los medios de comunicación. Los archivos estarán a la disposición de escuelas, programas Head Start, consultorios odontológicos, clínicas, agencias de salud, programas de asistencia y su plan de seguro de salud, según lo soliciten. Me han informado que el Aviso de privacidad de la HIPAA está disponible en la página web del condado www.miottawa.org/dental. También puedo solicitar una copia del Aviso de privacidad de la HIPAA llamando al **616.494.5540**.

Firma del padre, de la madre o del tutor legal

Parentesco

Fecha