

School Dental Consent



Patient Information

Patient Name:

Date of Birth:

Home Address:

Phone Number:

Name of School:

Gender:

Male

Female

Yes, I give permission for my child to participate in HHC's Portable Dental Program

No, I do not give permission for my child to participate in HHC's Portable Dental Program

General Information

What language does your child speak best?

What language do the parents speak at home?

What best describes your child's race?

American Indian / Alaska Native

Asian

Black / African American

Hispanic / Latino

White

Other

(Other) Describe?

Health Information

Does your child see a doctor for regular checkups?

Yes

No

Name of Doctor?

Does your child see a dentist for normal checkups?

Yes

No

Name of Dentist?

Date of last Dentist visit?

Is your child taking any medications?

Yes

No

Please list names of all medications being taken?

Does your child need to take antibiotics (penicillin) before having dental treatment?

Yes

No

Has your child EVER had an illness or condition?

Yes

No

Please select all that apply?

- ADD/ADHD
- Diabetes
- Hepatitis
- Rheumatic Fever
- Convulsions
- Asthma
- Epilepsy
- Heart Murmur
- Seizures
- HIV/AIDS
- Kidney/Liver Disease
- Heart Condition
- Tuberculosis
- Anemia
- Other

Other illness/condition detail?

Does your child have allergies?

Yes No

Please select all that apply?

- Penicillin
- Antibiotics
- Aspirin
- Food
- Latex
- Resins
- Other

Antibiotics Allergy describe?

Food Allergy describe?

Other Allergy describe?

Does your child have DENTAL INSURANCE?

Yes No (No Insurance)

Insurance Company Name:

Mass Health/Medicaid Blue Cross Blue Shield Delta Dental CIGNA Other

Other Insurance describe:

Subscriber Name:

Subscriber Date of Birth:

ID Number:

Group Policy Number:

Employer Name:

Authorization and Release

I have read and understand the information that has been provided to the best of my knowledge. I understand that providing incorrect information can be dangerous for my child's health. I authorize the dentist to release any information including diagnosis and record of any treatment or examination rendered to me/or my child during the period of such dental care to third party payers and/or health practitioner. I authorize and request my insurance company to pay directly to third party payers and/or health practitioners. I authorize and request my insurance company to pay directly to the dentist or dental group insurance benefits otherwise payable to me.

Parent/Guardian Signature

Date Signed

Parent/Guardian Date of Birth

I attest that I am the legal guardian of the above patient and all information is accurate and true.

Name of Parent/Guardian (Print):

Relationship to Child:

Day Time Phone:

Cell Phone:

Email Address:

Consentimiento dental escolar



Información del paciente

Nombre del paciente:

Fecha de cumpleaños:

Dirección:

Número de teléfono:

Nombre de Escuela:

género

masculino

masculina

- Doy permiso para que mi hijo participe en el Programa Dental Portátil de HHC.
- No doy permiso para que mi hijo participe en el Programa Dental Portátil de HHC.

Información general

¿Qué idioma habla su hijo?

¿Qué idioma hablan los padres en casa?

¿Qué describe mejor la raza de su hijo?

Indio americano(a) / nativo(a) de Alaska

Asiático(a)

Negro(a) / afroamericano(a)

Hispano(a) / latino(a)

Blanco(a)

Otro(a)

Otro(a) Describe?

Información de salud

¿Acude su hijo a un médico para hacerse chequeos periódicos?

sí

no

Nombre del doctor?

¿Su hijo visita a un dentista para los chequeos normales?

sí

no

Nombre del dentista?

¿Fecha de la última visita al dentista?

¿Necesita su hijo tomar antibióticos (penicilina) antes de someterse a un tratamiento dental?

sí

no

¿Su hijo está tomando algún medicamento?

sí

no

Indique los nombres de todos los medicamentos que está tomando.

¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido una enfermedad o condición?

sí

no

¿Por favor seleccione todas las respuestas válidas?

- ADD/ADHD Diabetes Hepatitis Fiebre reumática Convulsiones Asma Epilepsia Soplo cardíaco
 HIV/AIDS Enfermedad renal / hepática Problemas cardíacos Tuberculosis Anemia Otro(a)

Other illness/condition detail?

¿Su hijo(a) tiene alergias?

- Yes No

Please select all that apply?

- Penicilina Antibióticos Aspirina Comida Látex Resinas Otro(a)

Antibióticos ¿Alergia describe?

¿Alergia a los alimentos describe?

¿Otras alergias describen?

¿Su hijo(a) tiene seguro dental?

- sí no (sin seguro)

Nombre de la compañía de seguros:

- Mass Health/Medicaid Blue Cross Blue Shield Delta Dental CIGNA Otro(a)

Otro seguro describe:

Nombre del suscriptor:

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Número de identificación:

Número de política de grupo:

Nombre del empleador:

Autorización

He leído y entendido la información que se ha proporcionado. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y el registro de cualquier tratamiento o examen realizado a mi hijo durante el período de dicho cuidado dental, a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al dentista o los beneficios del seguro de grupo dental que de otro modo me pagarían a mí.

Firma del Padre / Tutor

Fecha de firma

Fecha de nacimiento del padre / tutor

- Doy fe de que soy el tutor legal del paciente mencionado anteriormente y que toda la información es precisa y verdadera.

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta):

Relación con el niño(a):

Teléfono durante el día:

Teléfono móvil:

Dirección de correo electrónico: