



Grade: \_\_\_\_\_

Teacher: \_\_\_\_\_

**For Internal Use Only**

Unique ID: \_\_\_\_\_

### Oral Health Improvement Program Parent Permission Form

The Texas Department of State Health Services (DSHS) will be at your child’s school this year to give students a **FREE LIMITED DENTAL EVALUATION**. The information collected from this visit helps health officials understand and plan for the dental needs of children in your area. Qualifying students may also receive the following preventive services at no cost:

- Fluoride Varnish - a clear, protective coating to prevent new cavities. Helps stop the progression of small cavities.
- Dental Sealants - a thin, tooth-colored coating painted into the deep pits and grooves of the chewing surfaces that are hard to clean.

**Please check the appropriate box below. If Yes, complete the entire form and sign.**

**YES**, I give permission for my child to receive a limited dental evaluation and recommended preventive services unless otherwise marked here:  **No** Fluoride Varnish  **No** Dental Sealants

**NO**, I do not give permission for my child to receive any free dental services.

Child’s Name (first, last): \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Date of Birth (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parent/Guardian’s Name (first, last): \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sex of Child:  Male  Female

Race/Ethnicity of Child:  White  Black  Hispanic  Asian  Other

Dental Insurance of Child:  Private  Medicaid  CHIP  Uninsured

Is your child in the Free/Reduced Lunch Program at school?  Yes  No

**Yes**  **No** Is your child currently taking any medicine? If yes, please list current medications: \_\_\_\_\_

**Yes**  **No** Is your child allergic to latex?

**Yes**  **No** Is your child allergic to any medicine? If yes, please list medication allergies: \_\_\_\_\_

**Yes**  **No** Does your child have any serious illnesses? (Circle all that apply)  
Asthma/Breathing Problems Heart Disease Hepatitis Bleeding Disorders  
High Blood Pressure Epilepsy/Seizures Other: \_\_\_\_\_

**Yes**  **No** Has your child’s doctor ever told you your child has a learning, physical, and/or behavioral condition? If yes, please explain: \_\_\_\_\_

**Yes**  **No** Has your child ever been to the dentist for any reason?

**Yes**  **No** In the past 12 months, has your child seen a dentist for a routine dental checkup? If yes, please list the name of dentist/office: \_\_\_\_\_

By signing below, you give permission for your child to take part in the DSHS preventive dental clinic. And you are aware the limited dental evaluation does NOT replace regular dental checkups. You should keep taking your child to the dentist for regular dental checkups at least twice a year. We keep names confidential. Please also review and sign the attached Notice of Privacy Practices Form. If you have any questions about the clinic, contact your school nurse or call the DSHS Oral Health Improvement Program at (512) 776-2008.

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

Grado: \_\_\_\_\_

Maestro: \_\_\_\_\_

**Solo para uso interno**

Núm. único de ID: \_\_\_\_\_

## Programa para la Mejora de la Salud Bucal Formulario de permiso de los padres

El Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas estará este año en la escuela de su hijo para proporcionar a los estudiantes una **EVALUACIÓN DENTAL LIMITADA GRATUITA**. La información recopilada en esta visita ayudará a los funcionarios de salud a entender y planificar las necesidades dentales de los niños en la zona donde usted vive. Los estudiantes que llenen los requisitos también podrán recibir los siguientes servicios preventivos sin costo alguno:

- Barniz de flúor: una capa protectora transparente para prevenir nuevas caries. Esto ayuda a detener la progresión de las caries más pequeñas.
- Selladores dentales: una capa delgada, del color de los dientes, que se aplica en las fosas y surcos profundos de las superficies masticatorias que son difíciles de limpiar.

**Marque la casilla correspondiente a continuación. Si contesta "Sí", llene el formulario en su totalidad y firme abajo.**

- Sí**, doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación dental limitada y los servicios preventivos recomendados, a menos que aquí indique lo contrario:     **No** quiero barniz de flúor     **No** quiero selladores dentales  
 **NO** doy permiso para que mi hijo reciba servicios dentales gratuitos.

Nombre del menor (nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor (nombre, apellido): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo del menor:  Masculino  Femenino

Grupo racial o étnico del menor:  Blanco  Negro  Hispano  Asiático  Otro

Seguro dental del menor:  Privado  Medicaid  CHIP  No tiene seguro

¿Está su hijo inscrito en el programa de Almuerzo Gratuito o a Precio Reducido de la escuela?  Sí  No

**Sí**  **No** ¿Toma su hijo alguna medicina actualmente? Si contesta "Sí", anote los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

**Sí**  **No** ¿Es su hijo alérgico al látex?

**Sí**  **No** ¿Es su hijo alérgico a alguna medicina? Si contesta "Sí", especifique a qué medicinas es alérgico: \_\_\_\_\_

**Sí**  **No** ¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)  
Asma o problemas para respirar    Enfermedad del corazón    Hepatitis    Trastornos hemorrágicos  
Presión arterial alta    Epilepsia o convulsiones    Otros: \_\_\_\_\_

**Sí**  **No** ¿El médico de su hijo le ha dicho alguna vez que su hijo tiene un trastorno de aprendizaje, un trastorno físico o uno de la conducta?  
Si contesta "Sí", explique a continuación: \_\_\_\_\_

**Sí**  **No** ¿Ha ido su hijo alguna vez al dentista por algún motivo?

**Sí**  **No** En los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo al dentista para un chequeo dental de rutina?  
Si contesta "Sí", anote el nombre del dentista o del consultorio: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, usted da permiso para que su hijo participe en la clínica dental preventiva del DSHS. Además, usted queda enterado de que la evaluación dental limitada NO reemplaza los chequeos dentales habituales. Debe seguir llevando a su hijo al dentista para que se le hagan chequeos dentales habituales dos veces al año como mínimo. Mantenemos la confidencialidad de los nombres. Por favor revise y firme el formulario anexo de Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre la clínica, hable con la enfermera de su escuela o llame al Programa para la Mejora de la Salud Bucal del DSHS al (512) 776-2008.

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_