

# HEALTH RESOURCE CENTER

Dear Students and Parents/Guardians,

The Health Resource Center, located at Brooklyn Center STEAM School, provides free and low cost health services for Brooklyn Center students (some services are available for community members as well). Many services are also provided on-site at Brooklyn Center Elementary STEAM School and the Brooklyn Center Early College Academy. The following is attached:

**1. List of Health Resource Center Services**

**2. Consent Form for Medical Care:**

For students to access our free medical services, please complete this form and return to the school nurse or the Health Resource Center.

**3. Consent Form for Dental Care:**

For students to access our low-cost dental services during the school-day, please complete this form and return to the school nurse or Health Resource Center.

For questions, please call our Health Resource Center at 763-450-3385 or email [hrc@bccs286.org](mailto:hrc@bccs286.org).

Thank you!

Health Resource Center Staff

Located in Brooklyn Center STEAM  
6500 Humboldt Ave. N., Brooklyn Center, MN  
For an appointment, call 763-450-3385



**BROOKLYN  
CENTER  
COMMUNITY  
SCHOOLS**  
HEALTH RESOURCE CENTER

# HEALTH RESOURCE CENTER

Estimados Padres y Tutores,

Health Resource Center, ubicado en Brooklyn Center STEAM School, ofrece servicios de salud gratuitos ó a bajo costo para los estudiantes de Brooklyn Center (algunos servicios también están disponibles para miembros de la comunidad). También se ofrecen muchos de los servicios en Brooklyn Center Elementary STEAM School y en Brooklyn Center Early College Academy. Adjuntamos los siguientes formularios:

**1. Lista de servicios del Health Resource Center**

**2. Formulario de consentimiento para Cuidado Médico:**

Para que los estudiantes tengan acceso a nuestros servicios médicos gratuitos, por favor, llene este formulario y entreguelo a la enfermera de la escuela o en el Health Resource Center.

**3. Formulario de consentimiento para Cuidado Dental:**

Para que los estudiantes tengan acceso a nuestros servicios dentales a bajo costo durante el día escolar, por favor, complete este formulario y entreguelo a la enfermera de la escuela o en el Health Resource Center.

Si tiene preguntas, llame a nuestro Centro de recursos de salud al 763-450-3385 o envíe un correo electrónico a [hrc@bccs286.org](mailto:hrc@bccs286.org).

¡Muchas gracias!

El Personal del Health Resource Center

Ubicado en Brooklyn Center STEAM School  
6500 Humboldt Ave N, Brooklyn Center, MN, 55430  
Para una cita llame al 763-450-3385



**BROOKLYN  
CENTER  
COMMUNITY  
SCHOOLS**  
HEALTH RESOURCE CENTER

# HEALTH RESOURCE CENTER SERVICES

## MENTAL HEALTH SERVICES

- FREE
- Available for BCCS students

## MEDICAL SERVICES

- FREE
- Brooklyn Center residents ages 0-19 and Brooklyn Center Students
- Walk-in services at Brooklyn Center STEAM (BCS) Tuesdays/Thursdays 1-5pm during the school-year
- Walk-in services at the Early College Academy (ECA) Tuesdays 11:30-1pm during the school-year (ECA and Baby Steps students only)
- Please note: During school breaks, walk-in clinic open at BCS only, Tuesdays 1-5pm only (closed Thursdays)

## DENTAL SERVICES

- FREE AND LOW-COST
- Anyone 0-26 years old or pregnant

## EYE EXAMS AND GLASSES

- FREE
- Brooklyn Center residents ages 0-19 and Brooklyn Center Students

## SEXUAL HEALTH SERVICES AND EDUCATION

- FREE
- Brooklyn Center residents ages 0-19 and Brooklyn Center Students

## ASSISTANCE WITH HEALTH INSURANCE APPLICATIONS

- FREE

## SEXUAL VIOLENCE AND RELATIONSHIP SUPPORT SERVICES

- FREE
- Brooklyn Center residents ages 0-19 and Brooklyn Center Students

## CHEMICAL HEALTH SCREENINGS

- FREE
- Available for BCCS Students
- Includes assistance with questions/concerns about alcohol or drug use

Our services are made possible through our generous sponsors: Park Nicollet Foundation, the United Way, and our community partners. Brooklyn Center Schools does not discriminate on the basis of race, color, creed, religion, national origin, sex, marital status, gender identity and expression, disability, age or status in regards to public assistance in its programs and activities and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups.

Located in Brooklyn Center STEAM  
6500 Humboldt Ave. N., Brooklyn Center, MN  
For an appointment, call 763-450-3385



**BROOKLYN  
CENTER  
COMMUNITY  
SCHOOLS**  
HEALTH RESOURCE CENTER

# SERVICIOS DEL CENTRO DE RECURSOS DE SALUD

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- Gratuitos
- Disponibles para los estudiantes de BCCS

## SERVICIOS MÉDICOS

- Gratuitos
- Para residentes de Brooklyn Center de 0 a 19 años y estudiantes de Brooklyn Center
- Servicios sin cita en Brooklyn Center STEAM School (BCS): Martes/Jueves de 1:00 a 5:00 de la tarde durante el año escolar.
- Servicios sin cita en Early College Academy (ECA): Martes de 11:30 de la mañana a 1:00 de la tarde durante el año escolar (solamente para los estudiantes de ECA y Baby Steps)
- Por favor, note: Durante los recesos escolares, la clínica sin cita abre en BCS solamente los Martes de 1:00 a 5:00 de la tarde. (Está cerrada los Jueves)

## SERVICIOS DENTALES

- Gratuitos y a bajo costo
- Para cualquier persona de 0 a 26 años o embarazadas

## EXÁMENES DE VISTA Y LENTES

- Gratuitos
- Para los residentes de Brooklyn Center de 0 a 19 años y estudiantes de Brooklyn Center

## SERVICIOS EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL Y APOYO PARA RELACIONES INTERPERSONALES

- Gratuitos
- Para los residentes de Brooklyn Center de 0 a 24 años y estudiantes de Brooklyn Center

## AYUDA PARA LLENAR FORMULARIOS PARA ASEGURANZA DE SALUD

- Gratuitos

## SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL

- Gratuitos
- Para los residentes de Brooklyn Center de 0 a 19 años y estudiantes de Brooklyn Center

## ANÁLISIS QUÍMICOS

- Gratuitos
- Disponibles para los estudiantes de BCCS
- Incluye ayuda con preguntas/ preocupaciones sobre el consumo de alcohol y uso de drogas.

Nuestros servicios son posibles a través de un generoso apoyo de Park Nicollet Foundation, United Way, y nuestros socios de la comunidad. Brooklyn Center Schools no discrimina por raza, color, credo, religión, nacionalidad, sexo, estado civil, expresión e identidad de género, discapacidad, edad, o por su situación en referencia a los programas de asistencia pública y actividades y provee acceso equitativo a Boy Scouts y a otros grupos de jóvenes designados.

Ubicado en Brooklyn Center STEAM School  
6500 Humboldt Ave N, Brooklyn Center, MN, 55430  
Para una cita llame al 763-450-3385



**BROOKLYN  
CENTER  
COMMUNITY  
SCHOOLS**

HEALTH RESOURCE CENTER

# Brooklyn Center Health Resource Center MEDICAL CARE - STUDENT CONSENT FORM

If you have children ages 0-19 years of age living or going to school in Brooklyn Center, they are eligible to receive free medical care at the Brooklyn Center Health Resource Center at 6500 Humboldt Ave. N, Brooklyn Center, MN, 55430.

For your son or daughter to receive the medical services listed below, you must complete this consent form and return it to the school (or to the clinic).

**I give permission for my child to use the Health Resource Center's medical clinic services.**

**Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Date-of-Birth:** \_\_\_\_\_

**Child's School:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Name:** \_\_\_\_\_

I allow my son or daughter to receive **ALL\*** medical clinic services, including the following:

- **Routine care:** Treatment for colds, flu, infections, headaches, earaches, sore throats, sprains, cuts, burns, skin problems, abdominal pain, back pain, physical exams for sports, vision & hearing screenings, immunizations, and vision exams
- **Health education:** Weight management, special diet counseling, smoking prevention, and safety promotion
- **Lab services:** Routine blood and urine tests, throat cultures, and diabetes tests
- **Counseling:** Help dealing with stress, anxiety, depression, abuse and neglect, mental health services, self-esteem development, and suicide prevention

**\* IMPORTANT: If there are services listed above you do not want your son or daughter to receive, please cross them out. He or she will receive only those services that remain on the list.**

Please be aware that Minnesota Law does allow your son or daughter to receive treatment, without your permission or consent, for sexually transmitted infections, chemical dependency, and pregnancy and conditions associated with pregnancy, including pregnancy prevention.

## Allergies

My son or daughter has the following allergies: \_\_\_\_\_

## Medications

My son or daughter uses the following medications: \_\_\_\_\_

**Medical Insurance**      YES       NO

**Name of Insurance:** \_\_\_\_\_

Although we keep this information on file, all medical visits are free, and your insurance will not be charged

**I would like more information regarding Mental Health services for my student:**      YES       NO

**I would like help signing up for health insurance:**      YES       NO

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Daytime Phone Number**

This consent form will be on file at the clinic and is valid for one academic year. A written consent is required annually. Consent forms are available at the Brooklyn Center Health Resource Center and all Brooklyn Center School District schools. **Please return form to the Health Resource Center or your Brooklyn Center School District's school health office. For more information please call (763) 450-3385**

# Brooklyn Center Health Resource Center

## CUIDADO MÉDICO - FORMULARIO de CONSENTIMIENTO para el ESTUDIANTE

Si usted tiene niños de 0 años hasta los 19 años de edad que vivan o asistan a la escuela en Brooklyn Center, ellos califican para recibir *Cuidado Médico Gratis* en El Centro de Recursos de Salud, 6500 Humboldt Ave. N, Brooklyn Center, MN, 55430. Por favor llene el formulario de consentimiento (abajo) y devuélvelo a la escuela (o a la clínica). Niños o jóvenes que no han entregado un formulario de consentimiento no pueden ser tratados ni recibir los servicios en la lista abajo.

**Doy permiso para que mi hijo(a) reciba servicios médicos en la Health Resource Center.**

Nombre de niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela de niño(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor: \_\_\_\_\_

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba **TODOS\*** los siguientes servicios médicos:

- **El cuidado salud de rutina:** Tratamiento para la gripe, dolor de cabeza, dolor de oídos, dolor de garganta, dolor de espalda, dolor abdominal, torceduras, cortes, quemaduras, problemas de piel, exámenes físicos para poder participar en deportes escolares, inmunizaciones, evaluaciones de la audición, y exámenes y evaluaciones de vista
- **Educación en Salud:** Control de peso, consejería para tener una dieta especial, prevención para no fumar, y promover seguridad
- **Servicios de laboratorio:** Pruebas rutinarias de sangre y orina, cultivo de garganta/ hisopado de fauces, y pruebas de diabetes
- **Servicios de Consejería:** Ayuda para tratar problemas de estrés, ansiedad, depresión, abuso y negligencia, servicios de salud mental, ayuda para desarrollar una buena autoestima, y prevención de suicidio

**\*IMPORTANTE:** Si hay servicios en la lista de arriba que usted no quiere que su hijo(a) reciba, por favor táchelos. Su hijo(a) solamente recibirá los servicios que quedan en la lista.

Por favor, recuerde que la Ley de Minnesota permite que su hijo(a) reciba los siguientes servicios sin su permiso: tratamiento de infecciones de transmisión sexual, dependencia química, y pruebas de embarazo o condiciones asociadas con el embarazo, incluyendo la prevención de embarazo.

### Alergias

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: \_\_\_\_\_

### Medicamentos

Mi hijo(a) está tomando/usando los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

Tienes seguro médico? SÍ  NO

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Aunque mantenemos esta información en el archivo, todas las visitas médicas son gratuitas

Me gustaría tener más información sobre los servicios de salud mental para mi estudiante: SÍ  NO

Quisiera ayuda para solicitar seguro médico: SÍ  NO

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono de día**

Este formulario se guardará en el archivo en la clínica y será válido por un año escolar. Se requiere el consentimiento escrito cada año. Puede obtener un formulario de consentimiento en la Brooklyn Center Health Resource Center o en cualquier escuela del distrito de Brooklyn Center. **Por favor devuélva este formulario de consentimiento a la Brooklyn Center Health Resource Center o en cualquier escuela del distrito de Brooklyn Center. Para saber el horario de la clínica por favor llame al (763) 450-3385.**

## **BROOKLYN CENTER HEALTH RESOURCE CENTER CONSENT FOR MEDICAL CARE**

*Children and youth, from birth through high school graduation, who live, work or go to school in the Brooklyn Center School District, are eligible to receive free medical care at Brooklyn Center Health Resource Center. For them to receive the medical services listed below, you must complete this consent form and return it to Brooklyn Center Health Resource Center.*

**I give permission for my child to use the medical services at Brooklyn Center Health Resource Center.**

**Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

I will allow my child to receive **ALL\*** medical clinic services, including the following:

- **Routine care:** Treatment for minor conditions such as colds, flu, infections, headaches, earaches, sore throats, sprains, cuts, burns, skin problems, stomach pain and back pain; physical exams for sports; vision & hearing screenings; and immunizations
- **Health education:** Weight management, special diet counseling, smoking prevention, and safety promotion
- **Lab services:** Routine blood and urine tests, throat cultures, and diabetes tests
- **Counseling:** Help dealing with stress, anxiety, depression, abuse and neglect, mental health, self-esteem development, and suicide prevention

**\* IMPORTANT: If there are services listed above you do not want your child to receive, please cross them out. He or she will receive only those services that remain on the list. Please be aware that Minnesota Law does allow your child to receive treatment, without your permission or consent, for sexually transmitted infections, chemical dependency, and pregnancy and conditions associated with pregnancy, including pregnancy prevention.**

### **Allergies**

My child has the following allergies: \_\_\_\_\_

### **Medications**

My child uses the following medications: \_\_\_\_\_

**Do you have medical insurance? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

We ask for this information only to coordinate with the Minnesota Vaccine for Children program. Medical visits to Brooklyn Center Health Resource Center are free and your insurance will not be charged.

**Signature:** \_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian)

**Date:** \_\_\_\_\_

**Relationship to student:** \_\_\_\_\_

**Daytime phone:** \_\_\_\_\_

This consent form will be on file at the clinic and is valid for one academic year. A written consent is required annually.

**Please return signed form to** \_\_\_\_\_

## CENTRO DE RECURSOS PARA LA SALUD DE BROOKLYN CENTER CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA

Los niños y los jóvenes, desde el nacimiento hasta la graduación de la escuela secundaria, que vivan, trabajen o asistan a la escuela en el distrito escolar de Brooklyn Center, son elegibles para recibir atención médica gratuita en el Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center. Para que reciban los servicios médicos que se mencionan a continuación, debe completar este formulario de consentimiento y entregarlo al Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center.

Doy permiso para que mi hijo use los servicios médicos del Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Permitiré que mi hijo reciba **TODOS\*** los servicios médicos, que incluyen lo siguiente:

- **Atención de rutina:** tratamiento de afecciones menores como resfriados, gripe, infecciones, dolores de cabeza, dolores de oído, dolores de garganta, esguinces, cortes, quemaduras, problemas cutáneos, dolor estomacal y dolor de espalda; exámenes físicos para deportes; exámenes de la vista y la audición; y vacunas.
- **Educación para la salud:** control del peso, asesoramiento sobre dietas especiales, prevención del consumo de tabaco y promoción de la seguridad.
- **Servicios de laboratorio:** análisis de sangre y de orina de rutina, exudados faríngeos y análisis de la diabetes.
- **Asesoramiento:** ayudar a lidiar con el estrés, la ansiedad, la depresión, el abuso y la negligencia, salud mental, desarrollo del autoestima y prevención del suicidio.

**\* IMPORTANTE:** si de los servicios mencionados anteriormente hay alguno que no quiere que su hijo reciba, táchelo. Solo recibirá aquellos servicios que permanezcan en la lista. Tenga en cuenta que la ley de Minnesota permite que su hijo reciba tratamiento, sin su permiso o consentimiento, para infecciones de transmisión sexual, dependencia de sustancias, y embarazo y afecciones asociadas con el embarazo, incluida la prevención del embarazo.

### Alergias

Mi hijo tiene las siguientes alergias: \_\_\_\_\_

### Medicamentos

Mi hijo recibe los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico?      **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Pedimos esta información solo para coordinar con el programa Minnesota Vaccine for Children. Las visitas médicas al Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center son gratuitas y no se le cobrarán a su seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Padre, madre o tutor)

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono para llamar durante el día: \_\_\_\_\_

Este formulario de consentimiento se archivará en la clínica y será válido durante un año académico. Se requiere un consentimiento por escrito anualmente.

Devuelva el formulario firmado a \_\_\_\_\_



School Year \_\_\_\_\_



**BROOKLYN CENTER HEALTH RESOURCE CENTER  
CONSENT TO SHARE LIMITED INFORMATION 18+**

**I give permission for Brooklyn Center Health Resource Center to provide limited information about me to employees of Brooklyn Center School District who are involved in health center operations.**

I understand that a school employee provides some administrative services to Brooklyn Center Health Resource Center. These services may include things like helping make appointments, getting signatures on forms, and helping communicate with the school nurse if the school nurse is also involved in my health care. The school employee will keep all information he or she obtains about me confidential and will not share it with others at the school, except as needed to coordinate my care.

Name \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

This permission is valid for one year from the date of signature unless I revoke it.

**Please return signed form to \_\_\_\_\_**



**CENTRO DE RECURSOS PARA LA SALUD DE BROOKLYN CENTER  
CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN LIMITADA 18+**

**Doy permiso para que el Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center brinde información limitada sobre mí a los empleados del distrito escolar de Brooklyn Center que están involucrados en operaciones del centro de salud.**

Comprendo que un empleado de la escuela brinda ciertos servicios administrativos al Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: ayudar a programar citas, hacer firmar los formularios, y ayudar en la comunicación con el personal de enfermería de la escuela si también está involucrado en mi atención médica. El empleado de la escuela mantendrá la confidencialidad de toda la información que obtenga sobre mí y no la compartirá con otros en la escuela, a menos que sea necesario para coordinar mi atención.

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Este permiso es válido durante un año desde la fecha de la firma, a menos que yo lo revoque.

**Devuelva el formulario firmado a \_\_\_\_\_**



# CHILDREN'S DENTAL SERVICES

Children's Dental Services (CDS) provides dental care at school, which may include exams, x-rays, cleanings, fluoride treatment, sealants, **silver diamine fluoride (SDF)**, fillings, crowns, extractions and other treatments as needed during regular school hours. If you would like your child to receive dental care or if you are able to fill out this form as an adult (18 years or older), please fill out this form and return it to school. *Please note: Annual permission is required. CDS may need to call with questions prior to*

**If you DO NOT want your child to be seen, please DO NOT fill out this form.**

## Step 1: Patient Information

Patient Name (print) \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_  Male  Female

Parents' Names (print) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Race/Ethnicity \_\_\_\_\_

Child's School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

## Step 2: Dental Information

**IS THE PATIENT HAVING ANY DENTAL-REALTED PAIN OR CONCERN?**  Yes  No  
 If yes, please explain: \_\_\_\_\_

**HAS THE PATIENT SEEN THE DENTIST IN THE LAST 6 MONTHS?**  Yes  No

**IF YES:** Approximate date of last dental visit: \_\_\_\_\_ Name of Clinic \_\_\_\_\_

## Step 3: Insurance Information

**CDS offers reduced cost to families who are income eligible.**  
**If your child has no dental insurance, please call CDS at 612-746-1530 and ask about our sliding scale program.**

**A.** Does the patient have insurance through the state?  Yes  No **If yes, what is the member ID number (PMI)** \_\_\_\_\_

**B.** Does the patient have private insurance through a parent's employer?  Yes  No **If yes, fill in information below:**

Name of Dental Insurance \_\_\_\_\_ Name of Employer \_\_\_\_\_

Policy Holder's Name/Name of Employee \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

Dental Plan Identification Number or Social Security # \_\_\_\_\_

## Step 4: Medical History

**1. Indicate YES to all that applies to the patient, and indicate NO to all that DOES NOT apply to the patient.**

**PLEASE MARK EVERY BOX.**

ADHD/ADD	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cold sores or fever blisters	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hemophilia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Congenital heart disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatitis/liver disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dental anxiety	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	High blood pressure	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Artificial heart valve	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Depression/psychiatric	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Kidney disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Artificial joint	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Developmental disability	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Radiation/chemotherapy	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asthma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rheumatic fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Autism spectrum	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Drug addiction	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Thyroid disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Blood transfusion	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Epilepsy or seizures	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chemical dependency	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Heart murmur	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Silver Allergy	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Please explain any boxes marked yes: \_\_\_\_\_

**PLEASE MARK EVERY BOX**

2. Does the patient have any disease, condition, or problem not listed?  Yes  No  
If yes, please list \_\_\_\_\_
3. Does the patient have any allergies to food, drugs, SILVER, or medicines?   Yes No  
If yes, to what and how do you/ your child react? \_\_\_\_\_
4. Is the patient taking any medicines, drugs, herbal supplements or vitamins?  Yes  No  
If yes, list all medications \_\_\_\_\_
5. Has the patient ever had any unusual reaction to a dental anesthetic?  Yes  No
6. Has the patient ever had any excessive bleeding requiring special treatment?  Yes  No
7. Has the patient seen a physician within the past 2 years?  Yes  No  
If yes, for what reason? \_\_\_\_\_
8. Has the patient been hospitalized within the past 2 years?  Yes  No  
If yes, for what reason? \_\_\_\_\_
9. Has the patient ever had any operations or surgery?  Yes  No  
If yes, what was the reason? \_\_\_\_\_  
Were there any complications? (describe) \_\_\_\_\_
10. Is the patient pregnant now or possibly pregnant?  Yes  No  N/A  
If yes, when is your due date? \_\_\_\_\_

## Step 5: Review Authorization Information

**Children's Dental Services Authorization for Dental Exam and Treatment:** I give permission for CDS to provide a dental exam, preventive services, and required restorative care (dental treatment). Specifically I consent to routine dental treatments being performed on my child, including examinations, x-rays, cleanings, fluoride, and plastic sealants. **For the treatment of minor cavities, I consent to the use of silver diamine fluoride (SDF). I am aware that SDF will turn the decayed area of the tooth gray or black in color. I am also aware there is a risk that the use of SDF may not stop the decay, and that the tooth may still require a filling.** I understand that CDS staff may be in contact with me to obtain additional informed consent to provide restorative procedures such as fillings, crowns, extractions and other treatments if needed. I understand that with any procedure there are associated risks, but that these risks are often outweighed by the benefits of such treatment. **Risks of not having treatment done include the following:**

1. Tooth ache, tooth infection, or dental abscess that may cause pain, fever, swelling, and/or spread of infection to other parts of the body that can lead to potentially life-threatening complications.
2. Difficulty chewing and/or maintaining good nutrition.
3. Gum inflammation.
4. Development of cyst in gum tissue.
5. Facial swelling.
6. Tooth sensitivity to hot or cold.
7. Ongoing pain, bad breath, unpleasant taste in mouth and difficulty opening mouth.
8. Loss of teeth.

**I also understand that while rare, there are certain inherent and potential risks in any treatment plan or procedure, and that such operative risks include but are not limited to the following:**

1. Occasional bleeding of the gums that can last up to 12 hours.
2. Swelling of the face or pain or jaw stiffness that can last for several days.
3. Injury to adjacent teeth, tissue, or fillings.
4. Fracture of the jaw and necessity to surgically treat the fracture.
5. Injury to the nerve underlying the lower teeth, resulting in numbness, tingling, pain, or other sensory disturbances to the lip, cheek, chin, gums, teeth, and tongue.
6. Unexpected reaction to the anesthetic.
7. Infection in the tooth socket that can be painful, tender, and swollen if a permanent tooth is extracted.
8. Biting lip while still numb.

## Step 6: Sign and Date Consent Form

**I give permission for CDS to bill my insurance for any services provided to the individual listed for care and I understand that I am responsible for any amount not covered by the insurance. I give permission for CDS to share the patient's oral health information with the school and the school permission to share information necessary for the provision of care to the patient, to provide the most comprehensive care possible. I also give permission for the school to share student information with CDS (including class schedules and data). This consent form is valid for one year from the date signed unless revoked in writing to CDS. If I had any further questions about the risks and benefits of treatment or alternate treatment options I have contacted a provider at CDS to ask such questions and they have been answered adequately. I have had adequate time to make the decision to give consent freely. The medical history provided is accurate to the best of my knowledge. If my medical history changes I will inform CDS.**

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian (or patients 18 years of age or older) Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\*\*Please note: If you or your child is seen by one of CDS' hygienists this does not take the place of an exam; we recommend a full examination with the dentist within 6 months if he/she has not already done so.



# CHILDREN'S DENTAL SERVICES

Children's Dental Services (CDS) ofrece el cuidado dental en la escuela de su hijo durante el día escolar. Esto incluye exámenes, radiografías, limpiezas, tratamientos de fluoruro, sellantes, **fluoruro diamino de plata (SDF)**, rellenos, coronas, extracciones, y otros tipos de tratamientos necesitados durante las horas regulares del escuela. Si usted desea que su niño reciba cuidado dental o si usted es un adulto legalmente y puede completar esta permiso (tiene 18 años o mayor), por favor complete este permiso y devuelvalo a la escuela. **Aviso: Pedimos este permiso cada año. Es posible que CDS necesite llamarle con preguntas antes de ciertos tratamientos. Por favor indique un número de teléfono para contactarles durante el día escolar.**

**Si Usted no desea los servicios de CDS, no complete este permiso.**

## Parte 1: Información de Paciente

Nombre del Paciente _____	Fecha de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Nombres de los Padres _____		
Dirección _____		Código Postal _____
Teléfono (____) _____	2 <sup>do</sup> Teléfono (____) _____	Raza/Identidad étnica _____
Escuela del paciente _____		Año escolar _____ Profesor _____

## Parte 2: Información Dental

¿TIENE EL PACIENTE ALGUN DOLOR DENTAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó "sí" por favor explique: _____ Nombre de la clínica dental _____
¿EL PACIENTE HA TENIDO UNA CITA EN LOS ÚLTIMOS DESDE 6 MESES? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó "sí": Fecha de la última cita dental: _____ Nombre de la clínica dental: _____

## Parte 3: Información del Seguro

CDS ofrece descuentos para familias quienes califican en base a sus ingresos.

Si su niño no tiene seguro médico o dental, por favor llame a CDS al 612-746-1530 y pregunte sobre nuestro programa de descuento.

A. ¿Tiene el paciente seguro por medio del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí," ¿cuál es el número de miembro? (PMI) _____
B. ¿Tiene el paciente seguro dental por medio del empleo de los padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí" necesitamos ésta información:
Nombre del Seguro Dental _____ Nombre de Empleador _____
Nombre del empleado quien recibe el seguro _____ Fecha de nacimiento _____
Número de identificación del plan dental o de seguro social _____

## Parte 4: Historia Médica

Indica "sí" si aplica al paciente, y indica "no" si no aplica al paciente.

**MÁRQUE CADA BUZÓN**

ADHD/ADD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes labial o ampollas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cardiopatías congénitas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad Dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula de Corazón artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión o Tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñon <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad de Desarrollo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radiación o Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espectro Autista <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adicción a las drogas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de los Tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia a sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo Cardiaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Por favor, explique los que marcó "sí": \_\_\_\_\_

Continúa a la próxima página →

**MÁRQUE CADA BUZÓN**

2. ¿El paciente tiene alguna enfermedad, condición, o problema que no esta incluida en la lista?  Sí  No  
Si contestó "sí", por favor liste las condiciones \_\_\_\_\_
3. ¿El paciente tiene alguna alergia a las comidas, drogas, PLATA o medicinas?  Sí  No  
¿Alergia a qué y cómo reacciona el paciente? \_\_\_\_\_
4. ¿El paciente toma alguna medicina, droga, suplemento herbal o vitaminas?  Sí  No  
Liste todos los medicamentos \_\_\_\_\_
5. ¿El paciente ha tenido reacciones anormales a la anestesia dental?  Sí  No
6. ¿El paciente ha tenido algún sangrante prolongado que requirió tratamiento especial?  Sí  No
7. ¿El paciente ha visitado un médico durante los últimos dos años?  Sí  No  
Si contesta que sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_
8. ¿El paciente ha estado hospitalizado durante los últimos dos años?  Sí  No  
Si contesta que sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_
9. ¿El paciente ha tenido alguna cirugía u operación?  Sí  No  
Si contesta que sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_  
¿Tuvo complicaciones? (explique) \_\_\_\_\_
10. ¿La paciente está embarazada o hay posibilidad que está embarazada?  Sí  No  N/A  
Si contesta que sí, ¿cuándo es la fecha del parto? \_\_\_\_\_

## Parte 5: Revisar Información de Autorización

**Autorización para examen y tratamiento dental por Children's Dental Services :** Doy permiso para que CDS le proporcione a mi hijo(a) un examen dental, servicios preventivos y tratamiento restaurativo requerido. Específicamente, doy permiso para realizar los tratamientos dentales básicos, incluidos los exámenes, las radiografías, limpieza, aplicación de fluoruro, sellantes plásticos en las muelas, restauración de caries, coronas, extracciones y otros tratamientos si fueran necesarios. Para el tratamiento de caries menores, doy permiso para el uso de fluoruro de diamina de plata (SDF). Soy consciente de que SDF hará que el área cariada del diente sea de color gris o negro. También soy consciente de que existe el riesgo de que el uso de SDF no detenga las caries y que el diente aún requiera un relleno. Entiendo que los empleados de CDS puede estar en contacto conmigo para obtener un consentimiento informado adicional para proporcionar procedimientos de restauración como empastes, coronas, extracciones y otros tratamientos si es necesario. Entiendo que con cualquier tratamiento hay riesgos asociados, y que estos riesgos a menudo son superados por los beneficios del tratamiento. Las consecuencias de no hacer el tratamiento a tiempo pueden incluir las siguientes:

1. Dolor en el diente, infección, o absceso que puede causar dolor, fiebre, inflamación y/o el pas de infección o otras partes del cuerpo y que pueden causar complicaciones potencialmente graves.
2. Dificultad para masticar y/o mantener Buena alimentación
3. Inflamación de las encías
4. Desarrollo de bolsas en la piel de las encías.
5. Inflamación en la cara.
6. Sensibilidad al frío o al calor.
7. La continuación del dolor, mal aliento, sensación molesta y dificultad para abrir la boca.
8. La pérdida de dientes.

Además, yo entiendo que aunque son poco probables, hay ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados con cualquier tratamiento dental, y que los riesgos pueden ser, pero no son limitados, a los siguientes:

1. Sangrado en las encías que pueden durar hasta un mínimo de 12 horas.
2. Inflamación en la cara, dolor o falta de sensación en la region mandibular, que pueden durar varios días.
3. Daño a los dientes vecinos, a la piel o a las restauraciones existentes.
4. Fractura en la mandibular y la necesidad de tartar quirúrgicamente la fractura.
5. Daño al nervio localizado debajo de los dientes, el cual puede resultar en falta de sensación, temblor, dolor u otras molestias al labio, mejilla, barbilla, encías, dientes o lengua.
6. Alguna reacción anormal a la anestesia.
7. Infección en el alveolo (hueco) del diente que puede ser doloroso, frágil e inflamado luego de extraer un diente permanente.
8. Mordedura del labio durante el efecto de la anestesia

## Parte 6: Firma y Fecha

Autorizo a CDS para que envíe la facture de pago a mi seguro por servicios proporcionados al individuo indicado. Entiendo que soy responsable por la porción que el seguro no cubra. Doy permiso a CDS a compartir información sobre la salud oral del paciente con la escuela, para proporcionar el tratamiento lo más completo posible. También doy permiso a la escuela compartir información escolar del paciente (incluso a horarios de clases y datos). Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma a menos que sea revocada por escrito a Children's Dental Services. Si tuve más preguntas sobre los riesgos y beneficios del tratamiento u opciones alternativas, he contactado al proveedor de servicios dentales de CDS para hacer estas preguntas y han sido respondidas adecuadamente. He tenido suficiente tiempo para tomar una decision y dar libremente mi permiso. También, la historia médica proporcionada es exacta a lo mejor de mi conocimiento. Si hay un cambio en la historia médica de mi niño(a), lo comunicare con CDS.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián (o del paciente si tiene 18 años de edad o más)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\*\*Aviso: La cita de su niño con una higienista para la limpieza dental no toma el lugar de un examen dental. Recomendamos un examen completo con el dentista cada 6 meses.