



Head Start Dental Sealant Program

Open to **ALL** students regardless of insurance or if they have a dentist.

First initial visits are completed in the fall with follow-up visits in the spring.

Will my insurance cover my child's regular visit if he/she attends the Mobile Unit Dental Program?

Yes. You should **NEVER** receive a bill for Mobile Unit services. We will **ONLY** bill for a limited exam and any sealants placed and fluoride varnish if done. This visit does not take the place of your regular dental check-ups. Your insurance will still cover those visits. This is a program to prevent decay of your child's teeth. Even if your child has a dentist, we still encourage your child to participate in this program. Cavities can form at any time between dental visits and this program is an added protection against them.

What is a dental sealant?

It is a clear plastic coating that is painted into the grooves of molar teeth. It prevents or postpones the development of cavities.

What is a fluoride varnish?

It is a sticky, yellow fluid "vitamin" (sodium fluoride 5%).

Will my child miss school lunch?

No, your child will be able to eat and drink right after the dental visit.

Does it hurt?

No. There are no needles, or anything sharp needed.

Do I need to come to the school?

No. You are more than welcome to but you do not need to be there.

Do I need anything before my child's appointment?

Yes. Complete the permission form.

Will my insurance cover my child's regular visit if he/she attends the Mobile Unit Dental Program?

Yes. We will only bill for a limited exam and any sealants place and fluoride varnish if done. This visit does not take the place of your regular dental checkups. Your insurance will still cover those visits.

If it is your child's first dental experience, it is a fun and relaxed way to get him/her oriented to dental visits.

If you sign YES on the parent/guardian consent form, your child will experience a six-step procedure:

- 1| Your child will be called out of class for 15 minutes
- 2| Your child will be escorted to the designated dental area by a member of our Mobile Unit Staff.
- 3| Your child will get a Visual Exam by our dentist, then one of our friendly dental assistant's will I paint the sealants on the teeth designated by the dentist. The sealants are dried by a blue 'curing' light. Your child will be asked to keep his/her mouth open for two minutes for each tooth where sealants are applied.
- 4| Your child may receive a topical fluoride varnish coating to all of his/her teeth. Your child will be able to drink and eat soft foods right after the fluoride.
- 5| Your child will be sent home with a letter letting you know what procedures (i.e. sealants, fluoride) were done on your child as well as any diagnosis' the dentist has made along with suggestive treatments that she may have.
- 6| Your child will be escorted back to class.

There are few risks involved. In extremely rare cases some children may have an allergic reaction to the fluoride. If you already know that your child has this or other allergies, please give us this information on the Consent Form. Please sign the Consent Form to allow your child to have a dental checkup.

If you choose not to have your child seen in our Mobile Unit we do ask that you still fill out the form and mark NO. If you have any questions, please contact us prior to the scheduled clinic date at 509-877-3243.

YVFC Program Specific | Mobile Unit | MU School Dental



[Enter School Name Here] Programa Dental para las Escuelas Públicas

No es necesario que los estudiantes tengan un dentista o seguro médico.

La primera visita es en el otoño y la cita de seguimiento será en la primavera.

¿Cubrirá mi seguro médico la cita de mi niño(a) a su dentista habitual si obtiene servicios dentales de la unidad móvil? Sí. Nunca recibirá ningún cobro por los servicios de la unidad móvil. Sin embargo, solo cobramos en caso de realizarle un examen parcial por si le realizan un examen o aplican selladores dentales o fluoruro. Tenga presente que esta visita no sustituye los chequeos dentales de rutina. Su seguro médico cubrirá esas visitas. El objetivo de este programa es prevenir las caries dentales en los niños. Si su niño tiene un dentista, de cualquier manera le recomendamos que participe en este programa. Las caries pueden desarrollarse en cualquier momento y este programa ayuda a proteger los dientes entre las visitas al dentista.

¿Qué es un sellador dental?

Es una capa protectora que es aplicada al diente para prevenir o controlar las caries.

¿Qué es el fluoruro?

Es una sustancia vitamínica pegajosa de color amarillo (fluoruro de sodio 5%).

¿Necesitará mi niño/a perder la hora de comer?

No, su niño podrá comer y tomar después de la visita dental.

¿Necesito ir a la escuela para acompañar a mi niño/a?

No es necesario, pero es bienvenida si decide acompañar a su niño/a.

¿Qué necesito hacer antes de la cita del niño?

Por favor llene la forma de consentimiento.

¿Mi seguro médico cubrirá la cita normal al dentista si mi niño/a recibe servicios de la unidad móvil?

Sí. Sólo le cobraremos a su seguro médico se le realizan un chequeo parcial a su niño/a y por cualquier sellador dental o fluoruro que sea aplicado. Tenga presente que esta visita no sustituye los chequeos dentales de rutina. Su seguro médico seguirá cubriendo esas visitas.

Si es la primera vez que su niño recibe servicios dentales, ésta es una forma divertida y cómoda para acostumbrarlo.

El procedimiento incluirá seis pasos:

- 1) El niño saldrá de clase por 15 minutos
- 2) Un miembro del personal de la unidad móvil le llevará al área designada.
- 3) Su niño recibirá un chequeo dental de nuestro dentista. Después una de nuestras asistentes del dentista aplicará el sellador dental a los dientes que haya seleccionado el dentista. Se utiliza una luz azul especial para secar el sellador dental. Después el niño tendrá que mantener la boca abierta durante aproximadamente dos minutos.
- 4) Al niño podrían aplicarle fluoruro en todos los dientes. Después de la aplicación el niño podrá beber y comer alimentos blandos.
- 5) Su niño recibirá una hoja que dará información acerca de los procedimientos realizados (i.e. sellador dental, fluoruro), junto con cualquier diagnóstico o tratamientos que el dentista haya recomendado.
- 6) Cuando su niño/a termine lo/la regresarán a clase.

Hay pocos riesgos asociados con este procedimiento. Sin embargo, algunos niños podrían tener una reacción alérgica al fluoruro. Si su niño es alérgico a alguna sustancia por favor proporcione esa información en la hoja de consentimiento y fírmela para permitir que le realicen el procedimiento a su hijo/a.

Si no desea que su niño/a reciba servicios en la unidad móvil, de cualquier manera quisiéramos que llenara la forma y marcara NO. Si tiene preguntas, por favor llámenos al 509-877-3243.



Mobile Unit Head Start Student Dental Registration and Permission Form

**THIS PROGRAM IS FOR EVERYONE REGARDLESS OF INSURANCE OR MEDICAID, WHETHER YOU HAVE A DENTIST OR NOT.
IT IS AT NO COST TO YOU OR THE SCHOOL.**

Head Start Facility: _____

Please return by: _____

REQUIRED INFORMATION:

Student Name: _____ Gender: Male Female Date of Birth: _____

Fathers Name: _____ Fathers Birth date: _____

Mothers Name: _____ Mothers Birth date: _____

Address: _____ Phone: _____

City and State: _____, _____ Zip: _____ Cell Phone: _____

Does your child have a dentist? No / Yes, **Dentist's Name:** _____

Does your child have any allergies to medication(s) or medical condition(s)? No / Yes

Ethnicity: Asian White Hispanic Pacific Islander American Indian
 Black or African American

Housing: Doubling Up Single Family Dwelling Homeless

Primary Language: English Spanish Russian Other _____

Occupation: Migrant Seasonal Other _____

How many in your family? _____

Does your child receive free or reduced lunch? No Free Lunch Reduced Lunch

This program is at no cost to you or the school, but we would like to bill Medicaid or private insurance.

Do you have Dental Insurance? No / Yes, please provide a copy of the card and enter the insurance information below.

Insurance Name _____ Group Number _____ Policy Number _____ Social Security Number _____

Subscriber Name _____ Effective Date _____

Do you have a Medicaid Card? No Yes, Please provide a copy of the card and enter the Provider One # below.

Provider One # _____

I authorize my child to receive the following treatment(s): Oral Assessment with Follow-up Fluoride

I do not authorize my child to receive treatments at no cost.

Patient or Guardian Signature: _____ **Date:** _____

The Health Insurance Portability and Accountability Act 1996 (HIPAA, 42 CFR Parts 160-164) requires all health care records to be kept confidential. YVFWC adheres to all HIPAA standards, and will provide our Notice of Privacy Practices to all patients at their first appointment. By signing this form, I authorize the following services and/or programs to release information from my records. I understand that this information may be provided orally, by mail, fax, electronically, or by hand delivery with the school nurses and referral dental offices regarding your child's dental needs.



Unidad móvil y el programa de Head Start Forma de registro y permiso para servicios dentales

El programa se ofrece a todos con o sin cobertura por seguro médico/Medicaid y aunque tengan o no un dentista.
Se proporciona sin costo alguno para usted o la escuela.

Centro Head Start: _____ **Por favor regrese antes de:** _____

Información necesaria:

Nombre de estudiante: _____ Sexo: Varón Mujer Fecha de nacimiento: _____
 Nombre de padre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre de madre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____ Celular: _____

¿Tiene dentista su niño/a? No / Sí, **Nombre de dentista/clínica:** _____

¿Tiene su niño/a alguna alergia a medicinas o alguna condición médica? No / Sí

Raza: Asiático Blanco Hispana Hawaiano Isleño del Pacífico Nativo Americano/de Alaska
 Afroamericano
 Vivienda: Compartiendo casa Vivienda para una familia Sin lugar para vivir
 Idioma: Inglés Español Ruso Otro _____
 Trabajo: Migrante De temporada Otro _____

Número de miembros en la familia _____
 ¿recibe su niño comida gratis o a un descuento? No lonche gratis lonche a un descuento

El programa es gratis pero nos gustaría pedir su permiso para cobrar a su Medicaid o seguro privado.

¿Tiene seguro privado? No / Si, *Por favor presente una copia de su tarjeta o la siguiente información.*

Nombre de Seguro Médico	Número de Grupo	Número de póliza	Número de Seguro Social
Nombre de Subscriptor/a	Fecha efectiva		

¿Tiene su tarjeta del cupón médico? No / Sí, si contesta que sí, por favor incluya una copia o llene la siguiente información.

Número de Tarjeta "Provider One" _____

Doy permiso para que mi niño reciba el siguiente tratamiento:
 chequeo dental con cita de seguimiento Fluoruro
 No doy permiso para que mi niño reciba tratamientos sin costo alguno para mí.

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

El acta del uso responsable y transferibilidad de información de 1996 (HIPAA42 CFR Partes 160-164) exige que todos los expedientes médicos se mantengan en estricta confidencialidad. YVFWC cumple con todos los reglamentos establecidos por HIPAA y asegurará que los pacientes reciban nuestro aviso de prácticas de privacidad durante su primera cita. Su firma en esta forma autoriza a los siguientes servicios y programas a facilitar información de su expediente. Además está de acuerdo de que la información relacionada con las necesidades dentales de su niño/a sea proporcionada verbalmente, por correo, fax, o electrónicamente (email, text, etc.) o personalmente entre las enfermeras y centros que proporcionan servicios dentales.