



# 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.