



Complete this form online by visiting saludschools.org

School District 27J and Salud Family Health (Salud) will provide preventive dental services **up to twice per school year**. Children will have their teeth and gums checked for potential problems. Salud will send home a written copy of the screening results with your child. **Every child can receive dental services regardless of dental insurance or ability to pay.** Salud will bill Medicaid, CHP+ or Delta Dental if the child has that coverage. **Families will NOT be charged for any service;** this includes waiving copays, deductibles, and co-insurances.

As part of Salud Family Health’s Federal Grant requirements, we are required to ask the information below. All information is confidential. **Please use black or blue ink.** *Required Information

*Child’s Last Name: _____ *Child’s First Name: _____
 *Child’s Date of Birth: _____ *Age: _____ *Gender: _____
 *Parent/Guardian Name: _____ *Relationship to Child: _____
 *Parent/Guardian Date of Birth: _____ *Parent’s Phone: _____ *Email _____
 *Street Address: _____ *City: _____ *State: _____ *Zip Code: _____
 * Dental Insurance: Medicaid CHP+ Delta Dental Other None Policy Number _____
 *Has your child seen a dentist before? No Yes - date of last apt _____ with Dr. _____

***I give my permission and authorize the following services for my child up to two times per year:**

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dental screening/evaluation
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fluoride varnish application to teeth
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sealants applied to teeth
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Prophy/teeth cleaning
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dental anesthetic for prophy/cleaning, only if necessary
Please list your child’s allergies or medical conditions: _____	

A copy of Salud’s Notice of Privacy Practices can be found at saludclinic.org. This document explains how protected health information will be shared or kept confidential.

I certify that I have read (or had read to me) the contents of this form and that I have access to Salud’s Notice of Privacy Practices. I understand that if I need further information or if I have any questions that I can contact Salud Family Health at saludschools@saludclinic.org or 303-MYSALUD 303-697-2583. I understand that my child’s screening results may be shared with their school’s health assistant. I consent that the school may share the below basic demographic information with Salud. I believe that I have been given sufficient information to give my consent.

*Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

Please provide the following information. It is optional, but critical to supporting our program :

Total Estimated Income: _____	<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	Household Size _____
Race: <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Other		
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino		
Primary Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____		
In the past two years, have you or anyone in your family had a job working with or transporting plants, trees, or farm animals? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If yes, have you had to establish a temporary home to do that work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Has anyone in your family retired from working with transporting plants, trees, or farm animals? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Is your family currently experiencing homelessness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Does your family live in public housing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		



School District 27J y Salud Family Health (Salud) ofrecerán servicios dentales preventivos **hasta dos veces por año escolar**. A los niños se les revisarán los dientes y las encías para detectar posibles problemas. Salud enviará a casa con su hijo una copia escrita de los resultados de la evaluación. **Todos los niños podrán recibir servicios dentales independientemente de si tienen seguro dental o su capacidad de pago**. Salud les facturará a Medicaid, CHP+ o Delta Dental si el niño tiene esa cobertura. **Las familias NO tienen que pagar por ningún servicio**; esto incluye la exención de copagos, deducibles y coseguros.

Como parte de los requisitos de la Subvención Federal de Salud Family Health, estamos obligados a pedir la información a continuación. Toda la información es confidencial. **Por favor use tinta negra o azul. *Información Requerida**

*Apellido del niño: _____ *Nombre del niño: _____

*Fecha de Nacimiento del niño: _____ *Edad: _____ *Sexo: _____

*Nombre del padre/tutor legal: _____ *Relación con el niño: _____

*Fecha del nacimiento del padre/tutor legal: _____ *Telef: _____ *Correo electrónico _____

*Dirección: _____ *Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código Postal: _____

* Seguro Dental: Medicaid CHP+ Delta Dental Otro Ninguno Núm. de póliza _____

*¿Su hijo ha sido visto por un dentista antes? No Sí – fecha de la última cita _____ con el Dr./a. _____

*** Doy mi permiso y autorizo los siguientes servicios para mi hijo hasta dos veces por año:**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Revisión/Evaluación Dental
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aplicación de barniz de fluoruro en los dientes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aplicación de selladores en los dientes
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Profilaxis/limpieza dental
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anestésico dental para profilaxis/limpieza solo si es necesario
Escriba aquí las alergias o afecciones médicas de su hijo: _____	

Una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Salud puede encontrarse en saludclinic.org. Este documento explica cómo se compartirá o mantendrá confidencialmente la información médica protegida.

Yo declaro que he leído (o se me ha leído) el contenido de este formulario y que tengo acceso al Aviso de las Prácticas de Privacidad de Salud. Comprendo que si necesito más información o si tengo alguna pregunta puedo contactar a Salud Family Health a saludschools@saludclinic.org o 303-MYSALUD 303-697-2583. Comprendo que los resultados de la evaluación de mi hijo pueden ser compartidos con el profesional de la salud de su escuela. Autorizo a que la escuela pueda compartir con Salud la información demográfica. Yo creo que me han dado la información suficiente para dar mi autorización.

*Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Por favor proporcione la siguiente información. Es opcional, pero es fundamental para apoyar nuestro programa :

Total estimado de ingreso: _____ Mensual Anual Tamaño de familia: _____

Raza: Asiático Blanco Nativo de Hawái Negro o Afroamericano Indio Americano Otro

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Idioma primario: Inglés Español Otro _____

En los últimos dos años ¿alguien de su familia ha tenido un trabajo trasportando plantas, árboles o animales de granja?

Si No

Si es así, ¿ha tenido usted que establecer una vivienda temporal para hacer su trabajo? Si No

¿Alguien de su familia se ha retirado de un trabajo donde transportaba plantas, arboles, o animales de granja? Si No

¿Actualmente su familia está sin vivienda? Si No

¿Vive su familia en una vivienda pública? Si No