

Parents: Please Fill Out This Side



Connecticut Oral Health Screening Notification Form

Dear Parent/Guardian,

The oral health of your child is important to us and we know it is important to you. We are the Connecticut Dental Health Partnership (CTDHP). CTDHP is the dental plan for people on HUSKY Health.

An oral health screening program is being offered to students in your child's school/program/organization that will help find any oral health conditions in your child that may need your attention. A screening is not a dental exam and does not replace the need for your child to see a dentist twice a year. Your child should have a 'dental home', a place where they get regular dental care near where you live.

You will receive a report of the results of the screening along with any recommendations. The screening will be conducted by a dental hygienist who is trained to do it. He/she will work with you to make sure that your child is referred to a dentist in your area for any needed follow-up care.

Your child should brush and floss normally the morning of the screening. Please complete the information below and sign to show your consent. Return it to your school/program. If you have any questions, contact your school/program/organization or call, toll-free, **855- CT -DENTAL** (M-F 8:00 AM – 5:00 PM).

Thank you.

The Connecticut Dental Health Partnership

Child Last Name*:		First Name*:						
Dental Plan*:	<input type="checkbox"/> HUSKY <input type="checkbox"/> Other Dental Plan (print):							
HUSKY Client ID # (on insurance card)*:	0	0						

Does your child have any health problems that would impact a screening?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please explain:	

Select One*:

- Yes, **I Consent** for my child to have an oral health screening.
- No, **I Do Not Consent** for my child to have an oral health screening.

Select One*:

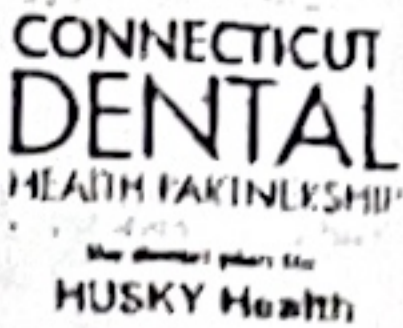
- My child already has a dental home, a dentist that he/she sees on a regular basis.
- My child does not have a dental home, a dentist that he/she sees on a regular basis.

Signature of Parent/ Legal Guardian*:	Date:
Printed Name of Parent/ Legal Guardian*:	Phone:

*** Required**

If you have any questions, contact your school/program. If you have questions about HUSKY Health dental benefits call the Connecticut Dental Health Partnership toll-free, **855-CT-DENTAL** (M-F 8AM-5PM).

Padres: Por favor, llenen este lado



Formulario de notificación de detección de salud dental de Connecticut

Estimado(a) padre/madre/tutor:

La salud bucodental de su hijo(a) es importante para nosotros y sabemos que es importante para usted. Somos Connecticut Dental Health Partnership (CTDHP). La CTDHP es el plan dental para las personas afiliadas a HUSKY Health.

Se ofrece un programa de detección de la salud dental de los estudiantes en la escuela/el programa/la organización de su hijo(a) que ayudará a descubrir cualquier condición de la salud dental de su hijo(a) que puede necesitar de su atención. Una detección no es una evaluación dental y no reemplaza la necesidad de que su hijo(a) acuda al dentista dos veces al año. Su hijo(a) debe tener una «casa dental», un lugar, cercano a donde vive, en el que reciba atención dental regular.

Usted recibirá un informe de los resultado de la detección junto con cualquier recomendación. La detección la efectuará un higienista dental capacitado para efectuarla. Este trabajará con usted para asegurarse de que su hijo(a) sea referido a un dentista en su zona para cualquier atención de seguimiento necesaria.

Su hijo(a) debe cepillarse y usar el hilo dental de forma normal en la mañana de la detección. Complete la siguiente información y firme para demostrar su consentimiento. Regréselo a su escuela o programa. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela/el programa/la organización o llame, de forma gratuita, al 855- CT - DENTAL (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)

Gracias.

Connecticut Dental Health Partnership

Apellido del menor*:		Nombre del menor*:	
Plan dental*:	<input type="checkbox"/> HUSKY <input type="checkbox"/> Otro plan dental (en letra de imprenta):		
N.º de identificación del cliente de HUSKY (en la tarjeta del seguro)*:	0	0	
¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud que pudiera afectar la detección?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, explique:			

Seleccione uno*:

- Sí, doy mi consentimiento para que se le realice la detección dental a mi hijo(a).
- No, no doy mi consentimiento para que se le realice la detección dental a mi hijo(a).

Seleccione uno*:

- Mi hijo(a) ya tiene una casa dental, un dentista al que acude de forma periódica.
- Mi hijo(a) no tiene una casa dental, un dentista al que acude de forma periódica.

Firma del(de la) padre/madre/tutor legal*:		Fecha:	
Nombre del(de la) padre/madre/tutor legal en letra de imprenta*:		Teléfono:	

* Obligatorio

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela/el programa. Si tiene preguntas acerca de los beneficios dentales de HUSKY Health llame, de forma gratuita, a Connecticut Dental Health Partnership al, 855-CT-DENTAL (de lunes a viernes de 8 a m a 5 p m)