

FREE DENTAL CARE

is coming to your child's school!

¡SERVICIOS DENTALES GRATUITOS, muy pronto
en la escuela de su hijo!



Licensed dental staff will give your child:

- **A limited oral exam** to check for problems with the teeth or mouth
- **Fluoride varnish** brushed over the teeth to stop or reverse tooth decay
- **Dental sealants** to form a seal over the teeth to prevent tooth decay

Help your child have healthy teeth and gums!

Sign and return the permission form to your
child's teacher **TODAY!**

Profesionales dentales proporcionarán a su hijo:

- **Un reconocimiento bucal limitado** para detectar posibles problemas en los dientes o la boca
- Una aplicación de **barniz de flúor** en los dientes para parar o revertir la caries dental
- **Selladores dentales** para formar una capa protectora sobre los dientes que prevenga la caries dental

¡Ayude a su hijo a tener dientes y encías sanos!

Firme la hoja de consentimiento y envíela de
regreso al maestro de su hijo **HOY MISMO!**



This initiative is an effort of the Texas Department of State Health Services' Oral Health Improvement Program.

To learn more, please visit: dshs.texas.gov/dental

Esta iniciativa llega a usted por medio del Programa para la Mejora de la Salud Bucal del Departamento Estatal de Servicios de Salud.

Para más información, visite la página: dshs.state.tx.us/dental

OHIP-065



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

dshs.texas.gov

Smiles in Schools Parent Permission Form

A dental team from the Texas Department of State Health Services (DSHS) will be at your child's school this year to give students a **FREE DENTAL SCREENING**. The information collected from this visit helps health officials understand and plan for the dental needs of children in your area. Qualifying students may also receive the following preventive services at no cost:

- Fluoride Varnish - a clear, protective coating to prevent new cavities. Helps stop the progression of small cavities.
- Dental Sealants - a thin, tooth-colored coating painted into the deep pits and grooves of the chewing surfaces that are hard to clean.

Please check the box or boxes of services you do NOT want your child to get:

NO Fluoride Varnish **NO** Dental Sealants

If you would like your child to participate in the upcoming clinic, please complete the form and sign below.

Child's Name (first, last): _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy): _____/_____/_____ **Age:** _____

Parent/Guardian's Name (first, last): _____

City: _____ **Zip Code:** _____ **Phone Number: (_____) _____ - _____**

Sex of Child: Male Female

Race/Ethnicity of Child: White Black Hispanic Asian Native American Other

Dental Insurance of Child: Private Medicaid CHIP Uninsured

Is your child in the Free/Reduced Lunch Program at school? Yes No

Yes No **Has your child been to a dentist in the last 12 months for a routine check-up?**

If yes, please list the name of dentist/office: _____

Yes No **Is your child currently taking any medicine? If yes, please list current medications:**

Yes No **Is your child allergic to latex?**

Yes No **Is your child allergic to any medicine? If yes, please list medication allergies:**

Yes No **Does your child have any serious illnesses? (Circle all that apply)**

Asthma/Breathing Problems Heart Disease Hepatitis Bleeding Disorders

High Blood Pressure Epilepsy/Seizures Other: _____

Yes No **Has your child's doctor ever told you your child has a learning, physical, and/or behavioral condition? If yes, please explain:** _____

By signing below, you give permission for your child to take part in the Smiles in Schools preventive dental clinic. And you are aware this dental screening does NOT replace regular dental checkups. You should keep taking your child to the dentist for regular dental checkups at least twice a year. We keep names confidential. Please also review and sign the attached Notice of Privacy Practices Form. If you have any questions about the clinic, contact your school nurse or call the DSHS Oral Health Improvement Program at (512) 776-2008.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Health Human Services Agencies' Notice of Privacy Practices

DSHS has provided you an electronic Notice of Privacy Practices (version effective May 1, 2022) available at: <https://www.dshs.texas.gov/notice-privacy-practices>.

If you cannot access this notice electronically and you would like a copy, you may request one be sent to you by contacting the Oral Health Improvement Program (OHIP) at (512) 776-2008 or asking your child's school nurse.

ACKNOWLEDGEMENT OF REVIEW

I have reviewed the Health & Human Services Agencies' Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this notice if requested.

Parent/Guardian Name (Print): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Please return this form with the Parent Permission Form



Grado: _____

Maestro: _____

Sonrisas en la escuela Formulario de autorización de los padres

Un equipo de profesionales dentistas del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas estará este año en la escuela de su hijo para proporcionar a los estudiantes un **EXAMEN DENTAL GRATUITO**. La información recopilada en esta visita ayudará a los funcionarios de salud a entender y planificar las necesidades dentales de los niños en la zona donde usted vive. Los estudiantes que llenen los requisitos también podrán recibir los siguientes servicios preventivos sin costo alguno:

- Barniz de flúor: una capa protectora transparente para prevenir nuevas caries. Esto ayuda a detener la progresión de las caries más pequeñas.
- Selladores dentales: una capa delgada, del color de los dientes, que se aplica en las fosas y surcos profundos de las superficies de masticación que son difíciles de limpiar.

Marque la casilla o casillas de servicios que NO desea que su hijo reciba:

- NO** quiero barniz de flúor **NO** quiero selladores dentales

Si desea que su hijo participe en la próxima clínica, complete el formulario y firme a continuación.

Nombre del menor (nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____ **Edad:** _____

Nombre del padre, madre o tutor (nombre, apellido): _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____ **Número de teléfono:** (____) _____ - _____

Sexo del menor: Masculino Femenino

Grupo racial o étnico del menor: blanco afroamericano hispano asiático nativo americano otro

Seguro dental del menor: Privado Medicaid CHIP No tiene seguro

¿Está su hijo inscrito en el programa de Almuerzo Gratuito o a Precio Reducido de la escuela? Sí No

Sí No **¿Ha ido su hijo al dentista en los últimos doce meses para un chequeo de rutina?**

Si contesta "Sí", anote el nombre del dentista o del consultorio: _____

Sí No **¿Toma su hijo alguna medicina actualmente? Si contesta "Sí", anote los medicamentos que toma actualmente:** _____

Sí No **¿Es su hijo alérgico al látex?**

Sí No **¿Es su hijo alérgico a alguna medicina? Si contesta "Sí", especifique a qué medicinas es alérgico:** _____

Sí No **¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)**

Asma o problemas para respirar Enfermedad del corazón Hepatitis Trastornos hemorrágicos

Presión arterial alta Epilepsia o convulsiones Otros: _____

Sí No **¿El médico de su hijo le ha dicho alguna vez que tiene un trastorno de aprendizaje, físico o de la conducta?**

Si contesta "Sí", explique a continuación: _____

Al firmar abajo, usted da permiso para que su hijo participe en la clínica dental preventiva Sonrisas en la Escuela. Además, usted queda enterado de que este examen dental NO reemplaza los chequeos dentales habituales. Debe seguir llevando a su hijo al dentista para que se le hagan chequeos dentales habituales dos veces al año como mínimo. Mantenemos la confidencialidad de los nombres. Por favor revise y firme el formulario anexo de Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre la clínica, hable con la enfermera de su escuela o llame al Programa para la Mejora de la Salud Bucal del DSHS al (512) 776-2008.

Firma del padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad de las Agencias de Salud y Servicios Humanos

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas ha creado un Aviso de prácticas de privacidad en español, en formato electrónico (versión en vigor a partir del 1 de mayo de 2022), disponible en: <https://www.dshs.texas.gov/es/notice-privacy-practices>.

Si no puede obtener acceso a este aviso en forma electrónica y le gustaría tener una copia, puede solicitar que se le envíe una poniéndose en contacto con el Programa de Mejora de la Salud Oral (OHIP) al (512) 776-2008, o preguntándole a la enfermera de la escuela de su hijo.

ACUSE DE REVISIÓN

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de las agencias de Salud y Servicios Humanos, el cual explica el uso que se le dará a mi información médica y en qué casos se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso si la solicito.

Nombre del padre o tutor (escriba en letra de molde): _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

**Por favor devuelva este formulario junto con el
Formulario de permiso de los padres**