

PRIMARY K-1 NEWS

APRIL 2026

UPCOMING

APRIL 1- Paraprofessional Day
APRIL 2- Exploration Day
APRIL 3- Good Friday-No School
APRIL 4- School Librarian Day
APRIL 9- Family Library Night
APRIL 10- Yearbook Orders Due
APRIL 17- Slime Run
APRIL 21- Music Program Night #1
APRIL 22- Secretary Apprec. Day
APRIL 23- Music Program Night #2
APRIL 27-May 8- Mobile Dental Services
(forms due by 4/10)
APRIL 28- Bus Driver Apprec. Day

FAMILY LIBRARY NIGHT

Date: April 9th
Time: 3:30– 6:30
Location: K-1 Library
Entrance: Door A8 Off of
Broadway Street ONLY

The students at Carl Junction Primary K1 have been hard at work preparing the musical "Pajama Party!" by Cristi Cary Miller and Jay Michael Ferguson for your enjoyment. Your student's class will perform at the time listed below. Please arrive at the 6th grade band room by the auditorium 15 minutes before your scheduled performance time. The students may wear pajamas, or they can dress like they would for picture day. No hats, please. The students will also have artwork on display outside the auditorium for you to view. There will be lots of singing, dancing, art, and fun! You won't want to miss this exciting school event!

Tuesday, April 21, 2026

6:00 Bolinger, Kelley, Kennedy, Rhodes, Thomas, Valdois

7:00 Boone, Merrell, Neel, Tuggle, Wales

Thursday, April 23, 2026

6:00 Eaker, Lucas, Matthews, Moss, Passley, Starchman

7:00 Benavidez, Chaligoj, Kirk, Merrick, Miller, Snow, Wilcox

MUSIC PROGRAMS

PARENT INVOLVEMENT

We need parents to join our School Improvement/Building Leadership Team.
Please email karehart@cjr1.org if you are interested in joining our team!



**MUSIC,
FOOD
TRUCKS &
SLIME**

**REGISTRATION IS
OPEN!! FIRST 75
KIDS TO SIGN UP
WILL GET A FREE
TSHIRT!**

**JOIN US FOR A
SLIME
RUN
APRIL 17**

**Hosted by:
Carl Junction Primary K-1
ALL AGES & GRADES WELCOMED!**

**JOIN US FOR
A NIGHT OF
FAMILY
FUN!**



"Building relationships...providing great care!"



Mobile Dental Services

Dear Parent or Guardian: Access Family Care Mobile Dental Unit is teaming up with Carl Junction schools to provide on-site at school general dentistry services from Monday, April 27 through Friday, May 8. These services are for Carl Junction students who do not have a regular dentist. If you would like your child to participate in these services, please return the attached paperwork to your student's building nurse by Friday, April 10. Access Family Care is committed to serving the community. We understand it can be challenging for parents to take time off work or arrange transportation to the dentist. Access Mobile dentistry service brings dental care to the school campus. This reduces missed class time for dental appointments, addresses distracting and painful dental issues, and teaches children the importance of routine dental care.

Access Mobile dental services include preventative dental exams, x-rays, cleanings, sealants and restorative dental treatment. All services are performed by licensed professionals- a General Dentist and Registered Dental Hygienist. If the child's dental need is beyond the ability and time constraints of our mobile providers, the student will be referred to a local Access dental clinic for treatment.

This program is available for all students. Access Family Care WILL file MO HealthNet and/or Private Dental Insurance. Access has charity grant funds available to those without dental insurance. If your child doesn't qualify for MO HealthNet, please be sure to complete the Patient Balance Assistance portion of the paperwork. If this form is not completed, the remaining balance will be billed by Access to the parents' address.

Thank you,

Amberlee Miller, BSN, RN, NCSN

Carl Junction Lead SchoolNurse Office phone: 417-649-5710 Fax: 417-649-7981 Email: amiller@cjr1.org



Mobile Dental Registration and Consent
(Please complete both pages)

Date (mm/dd/yyyy) _____

PLEASE PRINT

PATIENT NAME _____ Social Security No. _____

Last

First

Middle

Date of Birth _____

Gender:

☐ Male

☐ Female

☐ Other

☐ Decline

School Name: _____ Grade: _____

Mailing Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Physical Address (if different) _____ County of Residence _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone _____ Cell/Alternate Phone _____

Primary E-mail Address _____ Do you use the Patient Portal: ☐ Yes ☐ No

Legal Guardian (if patient is 17 or under) _____

Relationship to Patient _____ Legal Guardian Phone #: _____

Name of Secondary Contact _____ Secondary Contact Phone _____

(family, friend or neighbor, not living with you, who can get a message to you)

Relationship to Secondary Contact _____

Preferred Pharmacy _____ Location _____

As a Federally Qualified Health Center, we are required by the Bureau of Primary Health Care to collect data on all our patients. ACCESS does not discriminate based on age, sex, race, creed, marital status, religion, national origin, disability, sexual preference, public assistance status or criminal record.

Preferred Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____

(indicate which language)

Language assistance. If you need such assistance, please check what kind of assistance you require.

☐ Sign Language ☐ Visual Aides

Ethnicity: ☐ Not Hispanic/Latino ☐ Mexican, Mexican American, Chicano ☐ Puerto Rican ☐ Cuban

☐ Another Hispanic, Latino/a or Spanish origin ☐ I choose not to disclose my ethnicity

Race: Please check ALL that apply: ☐ White ☐ Asian Indian ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Black/African American

☒ Chinese ☐ Filipino ☐ Guamanian or Chamorro ☐ Japanese ☐ Korean ☐ Native Hawaiian ☐ Other Asian

☒ Samoan ☐ Other Pacific Islander ☐ I choose not to disclose my race

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Child

Estimated Annual Household Income: \$ _____ ☐ Choose not to disclose

Adults in Household _____ **# Children in Household** _____ **Homeless?** ☐ Yes ☐ No

MEDICAL HISTORY – Please check yes or no to all questions

Asthma ☐ Yes ☐ No

Autism ☐ Yes ☐ No

Diabetes Seizures/ ☐ Yes ☐ No

Epilepsy Bleeding ☐ Yes ☐ No

Problems ☐ Yes ☐ No

Recent Toothache ☐ Yes ☐ No

Artificial Heart Valve ☐ Yes ☐ No

Congenital Heart Defect ☐ Yes ☐ No

Rheumatic Heart Disease ☐ Yes ☐ No

Other ☐ Yes ☐ No

Any Surgeries / Other / Explain: _____

Does your child have any allergies? ☐ Yes ☐ No

If yes, please explain: _____

List any medications your child is taking: _____

DENTAL HISTORY

Any dental concerns for your child? _____

Does your child have any fear or conditions that would make dental care difficult? _____

Has your child seen a dentist before? Yes, in the past year - If so, where? _____

Yes, more than 1 year ago If so, where? _____ No

INSURANCE or MISSOURI HEALTH NET INFORMATION (please fill out and/or include a copy of card)

Name of Dental Insurance: _____ Employer: _____

Name of Policy Holder: _____ DOB: _____ Group # _____

Policy# / Subscriber ID: _____ SSN #: _____ Insurance Phone # _____

Insurance Address _____

Medicaid / MO HealthNet Number: _____

CONSENT FOR DIAGNOSTIC AND PREVENTIVE TREATMENT & ASSIGNMENT OF BENEFITS

Please mark through any treatment/consents that you **do not wish** for your child to receive:

DENTAL: I/We consent for my/our child to receive dental preventive services in ACCESS's portable school clinic. Dental preventive services include but are not limited to screenings, fluoride, cleaning, exam, x-rays, and sealants. I understand this consent is valid for 1 year from the date of signature.

Assignment of Benefits: I/We understand that eligible services may be billed to Medicaid and/or private insurance. I hereby instruct and direct all proceeds of insurance to be paid to ACCESS to be paid by check for the dental and/or medical expense benefits allowable, and otherwise payable to me, under my current insurance policy as payment toward the total charges for the professional services rendered. I/We authorize ACCESS to release or receive information on eligibility and/or benefit information for the purpose of filing insurance claims. I also understand that additional information may be needed from my file to achieve maximum benefits. I/We acknowledge receipt of the HIPAA Notice of Privacy Practice attached to this consent form. I understand this consent is valid for 1 year from the date of signature. I understand that consent may be revoked at any time upon my request. Further, I/We as the applicant's parent(s) or guardian(s) authorize ACCESS or individuals designated by ACCESS

to act for me/us in an emergency, accident or illness.

Mobile Dental Patient Balance Assistance Form: This form qualifies your child to receive monetary assistance through charity care grant funds for the balance of the patient's (student's) bill when receiving in school portable dental services. If this form is not completed the remaining balance will be billed to the parent's address. By signing this form, I request assistance with the patient balance for school-based dental services received for the named patient.

I consent for my child to have any photographs taken that may be necessary for the documentation, treatment, payment, and healthcare operations.

Patient Name

Parent/Legal Guardian Signature

Date

☐ Anderson Dental: 417-355-9402 Joplin Dental: 417-782-0080
☐ Cassville Dental: 417-847-0057 Neosho Dental: 417-451-0977 Carthage Dental: 417-674-2141

Fecha(mes/día/año): _____

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ No. de Seguro Social _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ☐ Declino

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Dirección donde recibe su correo _____

CRudad _____ Estado _____

Dirección física (si es diferente) _____ Condado de Residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Teléfono del Domicilio _____ Celular/Teléfono Alternativo _____

Correo Electrónico Primario _____ ¿Usa el Portal del Paciente?: ☐ Sí ☐ No

Tutor Legal (si el paciente es menor de 17 años) _____

Relación con (la-el) paciente _____ Núm. de Teléfono del Tutor Legal: _____

Nombre del Segundo Contacto _____ Núm. de Tel. del Segundo Contacto _____

(familia, amigo o vecino, que no viva con usted, quién pueda recibir un mensaje para usted)

Relación del Segundo Contacto _____

Farmacia de su Preferencia _____ Ubicación _____

Como un Centro de Salud Calificado, estamos obligados por La Oficina de Atención Primaria de Salud (Bureau of Primary Health Care) arecopilarinformación de todosnuestrospacientes.ACCESS no discrimina basado enedad, sexo,raza,credo, estatusconyugal, religión,nacionalidad, incapacidad,preferenciassexual,estatus deasistencia pública y/ohistoriacriminal.

Idioma de su Preferencia: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____ (indique cuál idioma)

Asistencia de Idioma.Siusted necesita dicha asistencia, por favor marque que clase de asistencia necesita.

☐ Lenguaje de Señas ☐ Ayuda Visual

Etnicidad: ☐ No Hispano/Latino ☐ De otro origen Hispano, latino/a o español ☐ Cubano ☐ Mexicano, México-Americano o Chicano

☐ Puertorriqueño ☐ Opto por no revelar mi origen étnico

Raza: Por favor marque TODAS las que apliquen: ☐ Blanco ☐ Negra/Afro Americano ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska

☐ Indio Asiático/a ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vientamita ☐ Asiático de otra raza ☐ Nativo de Hawái

☐ Islas del Pacífico ☐ Otro isleño del Pacifico ☐ Guamen o Chamorro ☐ Samoano ☐ Opto por no revelar mi raza

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Niño

Ingreso familiar anual estimado: \$ _____ ☐ Prefiero no decir

Adultos en el hogar _____ **# Niños en el hogar** _____

Sin hogar? ☐ Si ☐ No

HISTORIA MÉDICA Por favor marque Sí o No en todas las preguntas

Asma ☐ Sí ☐ No

Autismo ☐ Sí ☐ No

Diabetes Convulsiones/ ☐ Sí ☐ No

Epilepsia Problemas de ☐ Sí ☐ No

Sangrado ☐ Sí ☐ No

Dolor reciente en los dientes ☐ Sí ☐ No

Válvula Artificial en el Corazón ☐ Sí ☐ No

Defecto Hereditario del Corazón ☐ Sí ☐ No

Enfermedad Reumática Corazón ☐ Sí ☐ No

Otra ☐ Sí ☐ No

Alguna cirugía / Otro / Explique: _____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? ☐ Sí ☐ No

Si dijo sí, por favor explique : _____

Lista de medicamentos que su hijo/a esté tomando:

HISTORIA DENTAL

¿Tiene alguna preocupación de los dientes de su hijo/a? _____

¿Tiene su hijo/a miedo o alguna condición que pueda hacer difícil su cuidado dental?

¿Su hijo/a ha visitado algún dentista antes? Sí, el año pasado Sí, hace más de un año No

SEGURO o INFORMACION DE MISSOURI HEALTH NET (Por favor llene/o incluya una copia de la tarjeta)

Nombre del Seguro Dental: _____ Empleador: _____

Nombre del Asegurado Principal: _____ FDN: _____ Grupo # _____

Núm. de Póliza / Núm. de ID: _____ SSN #: _____ Tel. del Seguro# _____

Dirección del Seguro _____

Medicaid / MO HealthNet : _____

CONSENTIMIENTO PARA EL DIGNOSTICO Y TRATAMIENTO PREVENTIVO Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por favor marque cualquier tratamiento/consentimiento que usted no desea que su hijo/a reciba:

DENTAL: Yo/Nosotros consentimos para que mi/nuestro hijo/a reciba servicios de cuidado dental preventivo en la clínica portátil de ACCESS. Los servicios dentales preventivos incluyen pero no están limitados a revisiones, fluoruro, limpiezas, exámenes, rayos x y selladores. Entiendo que éste consentimiento es válido por un año de la fecha de la firma.

Asignación de Beneficios: Yo/Nosotros entendemos que los servicios elegibles pueden ser facturados al Medicaid y/o a un seguro privado. Autorizo e instruyo que todas las ganancias del seguro sean pagadas a ACCESS, pagadas con cheque al dentista y/o médico los beneficios de gastos permitidos, y de otra forma que se me paguen, bajo mi póliza de seguro actual, como pago adelantado para cubrir el cargo total de los servicios profesionales prestados. Yo/Nosotros autorizo a ACCESS para divulgar o recibir información en la elegibilidad y/o información de beneficios para el propósito de llenar el reclamo del seguro. También entiendo que información adicional será necesaria de mi expediente para conseguir los beneficios máximos. Yo/Nosotros reconocemos que recibimos la Noticia de Prácticas de Privacidad HIPAA que está junto a ésta forma de consentimiento. Entiendo que éste consentimiento es válido por un año de la fecha de la firma. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento si lo requiero. Además, Yo/Nosotros los padres del aplicante o guardianes autorizamos a ACCESS o al individuo designado por ACCESS para actuar en mi/nuestro nombre en caso de emergencia o de enfermedad.

Forma de asistencia de Saldo del Paciente de Dental Móvil: Esta forma califica a su hijo para recibir asistencia monetaria a través de los fondos de beca de cuidado de caridad para el saldo de la factura del paciente (estudiante) cuando reciba servicios dentales portátiles en la escuela. Si esta forma no se completa el balance será cobrado a la dirección de los padres. Al firmar ésta forma, solicito asistencia con el saldo de la factura de los servicios dentales recibidos en la escuela a nombre del paciente mencionado. Doy mi consentimiento para que se tome cualquier fotografía que mi hijo/a necesite para la documentación, tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud.

Nombre del paciente

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

☐ AndersonDental: 417-355-9402 Joplin Dental: 417-782-0080

☐ Cassville Dental: 417-847-0057 Neosho Dental: 417-451-0977 Carthage Dental: 417-674-2141