PLEASE PRINT IN INK

ALL KIDS SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM
DENTAL CONSENT FORM

Fill out & return to school (only if you WANT these services)

Rev. 12/23

Services Rendered By:
Miles of Smiles, Ltd.
2424 N 8th St
Pekin, IL 61554-1547
309-382-6404

NAME OF SCHOOL (or Health Fair):

TEACHER: GRADE:

COUNTY:

DO YOU HAVE A DENTIST? YES / NO **DENTIST'S NAME:** **EXAM DATE:**

PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION ONLY IF YOU WANT THESE DENTAL SERVICES to be rendered by Miles of Smiles, Ltd at school.

Dear Parent or Guardian,

Miles of Smiles, Ltd. and The Illinois Department of Healthcare and Family Services have arranged for dental services for eligible children. These services may include an exam, cleaning, fluoride treatment and sealants (a protective coating on the chewing surfaces of back teeth). Licensed dentists or licensed & certified public health dental hygienists, licensed (registered) dental hygienists, and dental assistants will come to your child's school with portable equipment. In order for your child **to receive these services**, you must **PROVIDE ALL THE INFORMATION** REQUESTED BELOW **AND SIGN** IN THE AREA INDICATED.

YOUR CHILD'S LEGAL NAME: BIRTH DATE:____/____/____

ADDRESS: GENDER: M / F

CITY / ZIP CODE: PHONE #:

DOES YOUR CHILD QUALIFY FOR FREE OR REDUCED MEALS: YES / NO

IS YOUR CHILD ENROLLED IN THE 'Medicaid/All Kids' PROGRAM: YES / NO

MCO COMPANY NAME (circle one): Aetna, BCBS, CountyCare, Meridian, Molina, YouthCare. Other (please list):

IF YES, INCLUDE YOUR **CHILD'S RECIPIENT ID NUMBER:** →

Medicaid/All Kids will be billed

(ID NUMBER ON BACK OF MEDI-PLAN CARD)

IS YOUR CHILD COVERED BY PRIVATE DENTAL INSURANCE: YES / NO

(if incomplete, only grades K, 2nd, & 6th may be eligible for an exam)

If YES, please fill out **ALL** the insurance information below: ***(DENTAL INSURANCE COMPANY WILL BE BILLED)***

Name of **Dental** Insurnace Company:

Dental Insurance Company Address (State):

Member/employee ID or SS #: **Dental** Insurance plan or group #:

Member's name: **Member's** Birth Date:

Member's Address (if different than child's):

Member's Phone # (if different than child's):

Has your child had any history of, or conditions related to, any of the following: (Please circle)							
Anemia:	YES / NO	Chronic Sinusitis:	YES / NO	Growth problems:	YES / NO	Seizures:	YES / NO
Asthma:	YES / NO	Diabetes:	YES / NO	Hearing:	YES / NO	Thyroid:	YES / NO
Bleeding disorders:	YES / NO	Ear aches:	YES / NO	Heart Disease:	YES / NO	Tobacco / drug use:	YES / NO
Cancer:	YES / NO	Epilepsy:	YES / NO	Latex allergy**:	YES / NO	Allergies:	
Cerebral Palsy:	YES / NO	Fainting:	YES / NO	Pregnancy (teens):	YES / NO	Other:	
Is your child taking any prescription and/or over the counter medications at this time? YES / NO Please list:							
Does you child have any known heart condition? YES / NO DESCRIBE:							
Does your child have any artificial joints: YES / NO IF YES, WHEN & WHAT JOINT:							
Has a doctor ever recommended any special precautions or pre-medication for your child's dental treatment? YES / NO IF YES, WHAT:							

IMPORTANT: PARENT/GUARDIAN SIGNATURE REQUIRED ***(ONLY IF YOU WANT THESE SERVICES)***

I am a custodial parent or legal guardian of the minor child named above. **I authorize and consent to** this child receiving the dental **treatment** described, and allow the school nurse/ school representative and dental provider access to child's dental record.

This will also give permission for the Illinois Department of Public Health to provide Quality Assurance Audits by evaluation of your child's sealants that were placed at the school. Upon determination, this permission will also allow for the sealants to be replaced by the provider if indicated.

To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of the minor child's protected health information to carry out payment activities in connection with this claim. **I hereby authorize and direct payment** of the dental benefits directly to Miles of Smiles, Ltd.

SIGNATURE: **PRINT NAME:** **DATE:**

IF YOU HAVE A DENTIST, SEEK DENTAL CARE THERE! DDS/DMD/PHDH INITIALS:_____ RDH INITIALS:_____

ALL KIDS ESCOLARES DENTAL PROGRAMA

Rev. 12/23

POR FAVOR IMPRIMA EN TINTA

DENTAL EXAMEN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Llénelo y devuélvalo a la escuela (soso si QUIERE estos serivicios)

Servicios Dentales Proporcionados por:
Miles of Smiles, Ltd.
2424 N 8th St.
Pekin, IL 61554-1547
309-382-6404

NOMBRE DE LA ESCUELA (o feria de salud):_____

MAESTRO(A):_____ GRADO: _____

CONDADO:_____

¿Tiene su niño un dentista? Sí/ No Nombre (del dentista): Fecha de Examen:

Favor de proveer la información siguiente solamente si quiere estos servicios dentales ser dado por Miles of Smiles, Ltd. en la escuela.

Queridos padres o guardián,

Miles of Smiles, Ltd. y el Illinois Department of Healthcare and Family Services han organizado para servicios dentales para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento de flúor y selladores (un revestimiento protector en las superficies de mascar de las muelas). Dentistas con licencia o higienistas dentales de salud pública a con licencia y certificados, y ayudantes llegarán a la escuela de su niño(a) con equipos portátiles. Para su niño(a) reciba estos servicios usted debe proporcionar TODA la información pidió por debajo y signo anajo.

NOMBRE legal del niño(a):_____FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Dirección:_____ HOMBRE / MUJER

CIUDAD/código POSTAL:_____ Teléfono Particular: _____-_____-_____

SU niño(a) CALIFICA PARA LAS COMIDAS GRATIS O REDUCIDAS: SI / NO

ESTÁ inscrita su niño en la 'Medicaid/All Kids' PROGRAMA: SI / NO

Si no figura en la lista, nombre de la compañía de MCO: _____

Ejemplos de MCO (marca): Aetna, BCBS, CountyCare, Meridian, Molina, YouthCare

EN CASO AFIRMATIVO, INCLUIR NÚMERO DE ID DE DESTINATARIO DE SU niño(a): → _____

** *Será facturada Medicaid/All Kids* ** (9 DÍGITO ID NÚMERO SOBRE LA PARTE POSTERIOR DE MEDI-PLAN TARJETA)

Tiene su niño(a) SEGURO DENTAL PRIVADO? SI / NO *(Mandarán la cuenta a la compañía de seguros dentales)*

En caso afirmativo, complete por favor toda la información del seguro abajo: (si es incompleto, su hijo no es elegible; los grados K, 2 ,6 pueden recibir solo examen.)

Nombre de la compañía de seguro dental PRIVADO:_____

Dirección de la compañía de seguro dental:_____

Identificación o SS del empleado:_____ Plan de la compania de seguros dentales o número de grupo: _____

Nombre del empleado:_____ Fecha de nacimiento del empleado:_____

Dirección del empleado:_____

de teléfono del empleado:_____ Empleador:_____

Ha tenido su niño(a) cualquier historia de, o condiciones relacionadas, cualquiera de los siguientes: (por favor circulo)							
Anemia:	SI / NO	Sinusitis crónica:	SI / NO	Problemas de crecimiento:	SI / NO	Convulsiones:	SI / NO
Asma:	SI / NO	Diabetes:	SI / NO	Audicion:	SI / NO	Tiroides:	SI / NO
Trastornos hemorrágicos:	SI / NO	Dolores de oído:	SI / NO	Enfermedad Cardiáca:	SI / NO	Tabaco / drogas:	SI / NO
Cáncer:	SI / NO	Epilepsia:	SI / NO	Alergia al látex**:	SI / NO	Alergias:	
Parálisis Cerebral:	SI / NO	Desmayos:	SI / NO	Embarazo (los adolescentes):	SI / NO	Otro:	

¿Es su niño(a) tomando cualquier receta y/o sobre los medicamentos de contador en este momento? SI / NO

En caso afirmativo, sírvase enumerar:

¿Tiene su niño alguna condición cardiáca? Sí / No Describa:

¿Tiene su niño alguna articulación artificial? Sí / No ¿Si afirmativo, cuándo y cuál articulación?

¿Ha recomendado un doctor algunos precauciónes especiales o premedicaciónes para su niño antes de tratamiento dental? Sí / No

¿Si afirmativo, qué?:

IMPORTANTE: FIRMA NECESARIO DE LOS PADRES (o guardián): Estoy privativas de libertad padres o guardián legal de los niños menores denominado anteriormente. Autorizo y consentimiento a este niño reciben el tratamiento dental descrito y permite que la enfermera escolar / escuela representativas y dental proveedor acceso al registro dental del niño.

Esto también dará permiso para el Departamento de Salud Pública de Illinois a proporcionar Auditorías de Aseguramiento de Calidad mediante la evaluación de los selladores de su hijo que se colocaron en la escuela. Tras determinar, este permiso también permitirá los selladores ser reemplazados por el proveedor si se indica.

Al grado permitió por la ley, consiento al uso y al acceso de la información protegida de la salud del niño de menor edad para realizar actividades del pago con respecto a esta demanda. Autorizo y dirijo por este medio el pago de las ventajas dentales directamente al Miles of Smiles, Ltd.

FIRMA: **IMPRIMIR EL NOMBRE:** **FECHA:**

Si usted visita a un dentista con regularidad, favor de continúar con el mismo por examen de rutina y rayos X!

DDS/DMD/PHDH_____RDH_____