

Dear Parents/Guardians,

The LVHN Miles for Smile dental van will begin visiting Innovative Arts Academy Charter School this November 12, 2026. The van will provide dental care to students who are on medical assistance, lack dental insurance, or unable to afford dental services. The program is completely voluntary and includes exams, cleanings, fluoride, x-rays, sealants, and restorative care. If you would like your child to receive these services, please complete the attached forms and return to me as soon as possible.

Sincerely,

Anne Marie Krumm, RN
Certified School Nurse
Innovative Arts Academy Charter School
Phone: 610-403-2787 Ext. 113
Fax: 610-403-2687
Email: akrumm@iaacslv.net



**610-969-4839
484-788-9678**

No Cost, High Quality Dental Care for Your Child

The ***Miles of Smiles*** mobile dental unit is coming to your child's school!

**Dental Exams and Treatment are available to
children in Kindergarten through 12th Grade.**

If your child qualifies and you wish to have your child in the care of our dental office, please complete both forms and **sign in ink**.

We accept:

✓ Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) and eligible CHIP plans:

- PA Medicaid
- AmeriHealth Caritas
- Highmark Wholecare Medicaid
- UPMC Kids/UPMC for You
- CHIP Plans (Highmark Blue Shield Kids)
- United Healthcare Families Medicaid
- United Healthcare for Kids Community Plan
- Aetna Better Health Kids
- Geisinger and Health Partners
- KidzPartners

✓ Students with no dental insurance

Children should not currently be receiving dental care at any other facility, with the exception of the Lehigh Valley Hospital – 17th Street Dental Clinic.

CONSENT FOR ROUTINE DENTAL TREATMENT

I understand that this *Consent* form and the *Patient Information and Health History* must be filled out and returned to the **School Nurse** before dental (tooth) care will be scheduled for my child. A dental treatment plan will be made for my child based on examination and diagnosis. Dental care will be given to my child at my request. A written report of the dental care given will be sent home with my child after each visit to the Lehigh Valley Mobile Dental Van.

I have received a copy of the Health Information Privacy Notice for Lehigh Valley Health Network.

I request and authorize the dental staff of Lehigh Valley Health Network to give any routine dental services that may be needed by my child after a routine dental examination on the Lehigh Valley Mobile Dental Van. Routine treatment will include an evaluation by a licensed dental professional and may include x-rays, cleaning, sealants, fluoride placed on teeth (topical fluoride), injection of a medication to numb the mouth, tongue, gums and teeth (local anesthesia) and/or fillings of the teeth. I understand that, if my child needs additional services, I must agree and consent to those services before they will be given.

I have been informed and understand that the risks of dental treatment are uncommon but can happen. These risks include:

- infection,
- continued numbness or tissue irritation from local anesthesia,
- breathing in or swallowing a foreign body,
- accidental cut,
- soreness,
- pain and
- swelling.

I understand that I must tell the dental staff of any changes in my child's health, medications or insurance coverage. I also understand that if I have any questions or concerns about the dental services or this consent, I should call the dental program coordinator at 610-969-4839 before I sign this consent form.

I authorize Lehigh Valley Mobile Dental Van to give my child's school a copy of the report of the dental examination and services performed. I understand that Lehigh Valley Health Network will give a copy of the report to the school to allow the school to keep complete health records for my child. This authorization will end when my child is no longer enrolled in the school.

This consent will remain in effect as long as the student/your child is eligible for care or when we receive notification that you would like to terminate care.

Lehigh Valley Health Network
Lehigh Valley Mobile Dental Van

I understand that I have the right to revoke this consent at anytime, except to the extent actions have already taken place. If I want to revoke this consent, I must send a letter signed by me to the following: Lehigh Valley Health Network, 17th & Chew Streets, PO Box 7017, Allentown, PA 18105 or fax to 610-969-3084. I understand that if I revoke this consent my child will not receive any more dental treatment from the staff of the Lehigh Valley Mobile Dental Van.

Dental Insurance:

_____ I have no dental insurance for my child.

_____ I do have dental insurance for my child with:

Dental Insurance Co. Name _____

Policy # _____

I give my permission to bill my insurance for all qualifying charges and understand that I will not be balance billed for charges not covered by Medicaid. I appoint my child's school district or its designee as my agent for the sole purpose of signing any insurance forms to certify that a dental service was provided to my child by the Lehigh Valley Mobile Dental Van and the date of the service. For dental services provided to Medicaid recipients, the payment and satisfaction of the claim submitted by the provider of the services will be from Federal and State funds, and any false claims, statements, or documents or concealment of material may be prosecuted under applicable Federal and State Laws.

I have read this consent form. I have had the opportunity ask questions about the information in this form, the Lehigh Valley Dental Mobile Van and the treatment to be given to my child and all of my questions have been answered. I understand this consent.

Full Name of Child (please print) _____

Full Name of Parent/Legal Guardian (please print) _____

Relationship to Child: _____

Phone Number: Mobile _____ **Home** _____

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

Child's Name: _____ Nickname: _____ ☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary

Birth Date: ____/____/____ Age: ____ School: _____ Grade: _____ Race: _____

Child's Home Phone #: _____ Parent/Guardian cell phone: _____

Child's Home Address: _____

Dental History:

Is your child currently under the care of a dentist? ☐ Yes ☐ No

Approximate date of child's last dental visit _____

Has the child ever had a serious/difficult problem associated with previous dental treatment? ☐ Yes ☐ No

Does your child currently have dental pain? ☐ Yes ☐ No

DOES THE CHILD HAVE ANY OF THE FOLLOWING HABITS?

Lip Sucking/Biting ☐ Yes ☐ No Mouth Breathing ☐ Yes ☐ No Nail Biting ☐ Yes ☐ No

Nursing Bottle Habits ☐ Yes ☐ No Clench/Grind teeth ☐ Yes ☐ No Thumb/Finger Sucking ☐ Yes ☐ No

Medical History

HAS THE CHILD EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING MEDICAL PROBLEMS?

Abnormal Bleeding ☐ Yes ☐ No Congenital Heart Defect ☐ Yes ☐ No Heart Murmur ☐ Yes ☐ No

Autism ☐ Yes ☐ No Convulsions/Epilepsy ☐ Yes ☐ No Kidney/Liver ☐ Yes ☐ No

ADHD ☐ Yes ☐ No Diabetes ☐ Yes ☐ No Psychiatric Treatment ☐ Yes ☐ No

Asthma ☐ Yes ☐ No Handicaps/Disabilities ☐ Yes ☐ No Rheumatic/Scarlet Fever ☐ Yes ☐ No

Cancer ☐ Yes ☐ No Hearing Impairment ☐ Yes ☐ No Other Medical Problems _____

Please discuss any serious medical problems that the child has had.: _____

Please list all drugs that the child is currently taking: _____

Please list all drugs/materials that the child is allergic to: _____

Does your child require pre-medication (antibiotics) before any common dental treatment? ☐ Yes ☐ No

Is the child currently under the care of a physician? ☐ Yes ☐ No

Child's Physician: _____ Phone: (____) _____ Last Visit: ____/____/____

I understand that the information that I have given is correct to the best of my knowledge, that it will be held in the strictest of confidence and it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical status. I authorize the dental staff to perform the necessary dental service my child may need.

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: ____/____/____

Signature of the Provider: _____ Date: ____/____/____

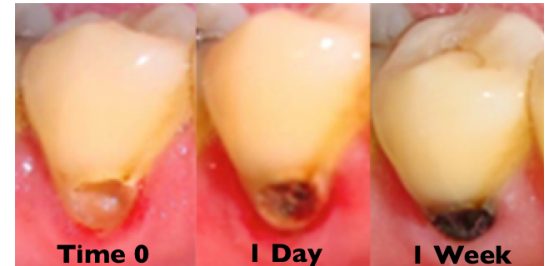
Patient Name:
Date of Birth:
Medical Record Number:

Lehigh Valley Hospital - Department of Dental Medicine

INFORMED CONSENT FOR SILVER DIAMINE FLUORIDE

Facts for consideration:

- Silver diamine fluoride (SDF) is a liquid that helps stop tooth decay. SDF is applied every 3, 6 or 12 months.
- A small amount of SDF is applied to the decayed tooth area.
- After SDF application no eating or drinking for 60 minutes and no tooth brushing until the following morning.
- **The decayed area will stain black permanently.** Healthy tooth structure will not stain.
- I should not be treated with SDF if: 1) I am allergic to silver.
2) There are painful sores or raw areas on my gums or anywhere in my mouth.



Benefits of receiving SDF:

- Helps stop tooth decay.
- Fast.
- Do not need to numb teeth.
- Does not hurt.

Risks of receiving SDF:

- **The affected area will stain black permanently.** This means SDF is working.
- Tooth-colored fillings and crowns may discolor if SDF is applied to them.
- After SDF treatment, a filling or crown might still be needed.
- If accidentally applied to the skin or gums, a brown or white stain may appear that causes no harm, cannot be washed off and will disappear in one to three weeks.
- Permanent dark spots if spilled on clothing.
- Allergic reaction.
- Risk that the procedure will not stop the decay.
- Not every cavity can be treated with SDF

Alternatives to SDF, not limited to the following:

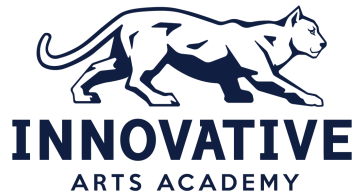
- No treatment, which may lead to continued break down of the tooth. Symptoms may get worse.
- Placement of fillings or crowns, extractions or referral to a specialist.

I have read this form. I understand the treatment and have had the chance to ask questions. I have seen the photo of how teeth may look after SDF discolors the cavities. I understand that I may refuse treatment with SDF. I understand that I can decide to have no treatment or I can have fillings, crowns, or extractions done at this or another dental office.

I consent and authorize LVHN Dental Services to use Silver Diamine Fluoride to help stop tooth decay.

Signature of patient/parent/guardian _____ Date _____

Signature of witness _____ Date _____



Estimados padres/tutores,

La unidad móvil dental LVHN Miles for Smile comenzará a visitar la escuela Innovative Arts Academy Charter School el 12 de noviembre de 2026. La unidad móvil brindará atención dental a los estudiantes que reciben asistencia médica, carecen de seguro dental o no pueden costear los servicios dentales. El programa es completamente voluntario e incluye exámenes, limpiezas, fluoruro, radiografías, selladores y tratamientos restaurativos. Si desea que su hijo/a reciba estos servicios, complete los formularios adjuntos y enviarlos lo antes posible.

Atentamente,

Anne Marie Krumm, enfermera titulada

Enfermera escolar certificada

Escuela autónoma Academia de Artes Innovadoras

Teléfono: 610-403-2787 Ext. 113

Fax: 610-403-2687

Correo electrónico: akrumm@iaacslv.net



**610-969-4839
484-788-9678**

Sin Costo, Cuido Dental De Alta Calidad

El autobús de Unidad dental de Miles of Smiles visitará la escuela de su niño!

Se les proveerá tratamiento y revisión dental a niños desde Kindergarten hasta 12to grado.

Si su niño(a) califica y usted desea que su niño(a) este bajo nuestro cuido dental, por favor complete ambos formularios y firme con tinta.

Aceptamos a:

✓Estudiantes **con Asistencia Pública**

(PA Medicaid, AmeriHealth Caritas, Highmark Wholecare Medicaid, UPMC Kids, UPMC for You or certain CHIP Plans (Highmark Blue Shield Kids), United Healthcare Families Medicaid, United Healthcare for Kids Community Plan, Aetna Better Health Kids)

Quines no están recibiendo ningún cuido dental en otra parte con excepción de nuestra Clínica Dental del Hospital Lehigh Valley en la calle 17

✓Estudiantes **sin seguro medico**

✓Estudiantes **que no pueden pagar por servicio dentales**

Lehigh Valley Health Network
Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley

Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, con la excepción en la medida en que ya se hayan llevado a cabo las acciones. Si deseo revocar este consentimiento, debo enviar una carta firmada por mí a la siguiente dirección: Lehigh Valley Health Network, 17th & Chew Streets, PO Box 7017, Allentown, PA 18105 o vía fax al 610-969-3084. Entiendo que si revoco este consentimiento mi hijo no recibirá más tratamiento dental por parte del personal de la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley.

Raza _____

Seguro dental:

_____ No tengo seguro dental para mi hijo.

_____ Tengo un seguro dental para mi hijo con:

Nombre la compañía de su seguro dental _____

Numero de póliza _____

Doy mi permiso para que envíe la factura a mi seguro de todos los cargos que califiquen y entiendo que no se me facturará el balance de los cargos no cubiertos por Medicaid. Designo al distrito escolar de mi hijo o a su designado como mi agente con el único propósito de firmar cualquier formulario del seguro para certificar que la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley le proporcionó un servicio dental a mi hijo y la fecha del servicio. Para los servicios dentales proporcionado a los beneficiarios de Medicaid, el pago y la satisfacción de la reclamación presentada por el proveedor de los servicios será de los fondos federales y estatales, y cualquier reclamación falsa, declaraciones o documentos, o la ocultación de material puede ser procesado bajo las Leyes Federales y Estatales que se apliquen.

He leído este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información en este formulario, la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley y el tratamiento que se le dará a mi hijo y todas mis preguntas han sido contestadas. Entiendo este consentimiento.

Nombre completo del niño (en letra de molde) _____

Nombre completo del padre/guardián legal (en letra de molde) _____

Relación con el niño: _____

Firma del padre/guardián legal: _____ Fecha: _____

Nombre del menor: _____ Apodo: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Tel. de la casa del Menor: _____

Domicilio del menor: _____

Antecedentes dentales:

¿Actualmente su hijo(a) está recibiendo atención médica de un dentista? ☐ Si ☐ No

Fecha aproximada de la última visita al dentista de su hijo(a) _____

¿Su hijo(a) alguna vez tuvo un problema grave o complicado relacionado con un tratamiento dental previo? ☐ Si ☐ No

¿Actualmente su hijo(a) tiene dolor de dientes? ☐ Si ☐ No

¿SU HIJO(A) TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS?

Chuparse/morderse los labios ☐ Si ☐ No Respirar por boca ☐ Si ☐ No Morderse las uñas ☐ Si ☐ No

Hábitos de usar biberón ☐ Si ☐ No Apretar y rechinar los dientes ☐ Si ☐ No Chuparse un dedo/pulgar ☐ Si ☐ No

Antecedentes médicos

¿SU HIJO(A) TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?

Hemorragias anormales ☐ Si ☐ No Defecto cardíaco congénito ☐ Si ☐ No Soplo cardíaco ☐ Si ☐ No

Autismo ☐ Si ☐ No Convulsiones o epilepsia ☐ Si ☐ No Problemas renales/hepáticos ☐ Si ☐ No

TDAH ☐ Si ☐ No Diabetes ☐ Si ☐ No Tratamiento psiquiátrico ☐ Si ☐ No

Asma ☐ Si ☐ No Discapacidad/impedimento ☐ Si ☐ No Fiebre reumática/escarlatina ☐ Si ☐ No

Cáncer ☐ Si ☐ No Problemas de audición ☐ Si ☐ No Otros problemas de salud _____

Indique cualquier problema de salud grave que su hijo(a) haya tenido: _____

Indique todos los medicamentos que su hijo(a) toma actualmente: _____

Indique todos los medicamentos o materiales a los que su hijo(a) es alérgico: _____

¿Su hijo(a) necesita alguna premedicación (antibióticos) antes de los tratamientos dentales comunes? ☐ Si ☐ No

¿Actualmente su hijo está recibiendo atención de un médico? ☐ Si ☐ No

Médico de su hijo(a): _____ Teléfono: (____) _____ Última visita: ____/____/____

Entiendo que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es correcta, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad comunicar a esta oficina cualquier cambio del estado de salud de mi hijo(a). Autorizo al personal odontológico/dental a prestarle a mi hijo(a) los servicios dentales que necesite.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del proveedor: _____ Fecha: ____/____/____

Patient Name:
 Date of Birth:
 Medical Record Number:

Lehigh Valley Hospital - Department of Dental Medicine

CONSENTIMIENTO PARA FLUORURO DIAMINO DE PLATA

(FDP) Datos para su consideración:

- FLUORURO DIAMINO DE PLATA (FDP) es un líquido que ayuda a detener la caries dental. Este tratamiento será realizado en varias citas, en intervalos de tres, seis o doce meses.
- Una pequeña cantidad de FDP se aplica a la zona del diente con caries dental.
- No permita que su niño(a) coma o beba durante una hora después del tratamiento con FDP y no debe cepillar los dientes hasta la mañana siguiente.
- **La caries se oscurecerá permanentemente.** La estructura sana del diente no se manchará.
- No se debe usar FDP si: 1) Yo tengo alergia a la Plata.
2) Hay heridas dolorosas o áreas con llagas en las encías o en cualquier otra parte de la boca.



Beneficios de FDP:

- Ayuda a detener la caries dental.
- Rápido.
- No es necesario anestesiarse los dientes.
- No duele.

Posibles riesgos de FDP incluyen:

- **La caries dental se oscurecerá permanentemente.** Esto significa que FDP está trabajando.
- Rellenos blancos y coronas dentales de color blanco se pueden oscurecer si FDP se aplica a ellos.
- Después del tratamiento con FDP, todavía podría ser necesario el poner un relleno o corona.
- Si accidentalmente FDP se aplica sobre la piel o las encías, una mancha café o blanca podría aparecer la cual no causa ningún daño. Esta mancha no puede ser lavada y desaparecerá en una a tres semanas.
- Manchas oscuras permanente si cae FDP en la ropa.
- Reacciones alérgicas.
- Riesgo de que el procedimiento no detenga la caries dental.
- No todas las caries son apropiadas para ser tratadas con FDP.

Tratamientos alternativos a FDP, no limitados a lo siguiente:

- Ningún tratamiento, lo cual puede resultar en que se siga quebrando el diente. Los síntomas podrían empeorar.
- Poner rellenos o coronas, extracciones, o referir a un especialista.

Yo he leído esta forma. Entiendo el tratamiento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. He visto las fotos de cómo se podrían ver los dientes después de que FDP descolore las caries. Entiendo que yo puedo rehusar a recibir tratamiento con FDP. Entiendo que puedo decidir el no recibir ningún tratamiento, o puedo recibir rellenos, coronas o extracciones en esta u otra clínica dental.

Doy consentimiento y autorizo al Departamento Dental de LVHN a utilizar Fluoruro Diamino de Plata para ayudar detener la caries dental.

Firma paciente/pariente/tutor _____ Fecha _____

Firma testigo _____ Fecha _____