



Grade: _____

Teacher: _____

For Internal Use Only

Unique ID: _____

Oral Health Improvement Program Parent Permission Form

The Texas Department of State Health Services (DSHS) will be at your child’s school this year to give students a **FREE LIMITED DENTAL EVALUATION**. 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 appropriate box below. If Yes, complete the entire form and sign.

YES, I give permission for my child to receive a limited dental evaluation and recommended preventive services unless otherwise marked here: **No** Fluoride Varnish **No** Dental Sealants

NO, I do not give permission for my child to receive any free dental services.

Child’s Name (first, last): _____ Age: _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy): ____/____/____

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

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

Sex of Child: Male Female

Race/Ethnicity of Child: White Black Hispanic Asian Other

Dental Insurance of Child: Private Medicaid CHIP Uninsured

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

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: _____

Yes **No** Has your child ever been to the dentist for any reason?

Yes **No** In the past 12 months, has your child seen a dentist for a routine dental checkup? If yes, please list the name of dentist/office: _____

By signing below, you give permission for your child to take part in the DSHS preventive dental clinic. And you are aware the limited dental evaluation 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:** _____

Grado: _____

Maestro: _____

Solo para uso interno

Núm. único de ID: _____

Programa para la Mejora de la Salud Bucal Formulario de permiso de los padres

El Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas estará este año en la escuela de su hijo para proporcionar a los estudiantes una **EVALUACIÓN DENTAL LIMITADA GRATUITA**. 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 masticatorias que son difíciles de limpiar.

Marque la casilla correspondiente a continuación. Si contesta "Sí", llene el formulario en su totalidad y firme abajo.

- Sí**, doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación dental limitada y los servicios preventivos recomendados, a menos que aquí indique lo contrario: **No** quiero barniz de flúor **No** quiero selladores dentales
 NO doy permiso para que mi hijo reciba servicios dentales gratuitos.

Nombre del menor (nombre, apellido): _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____

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 Negro Hispano Asiático 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** ¿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 su hijo tiene un trastorno de aprendizaje, un trastorno físico o uno de la conducta?
Si contesta "Sí", explique a continuación: _____

Sí **No** ¿Ha ido su hijo alguna vez al dentista por algún motivo?

Sí **No** En los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo al dentista para un chequeo dental de rutina?
Si contesta "Sí", anote el nombre del dentista o del consultorio: _____

Al firmar abajo, usted da permiso para que su hijo participe en la clínica dental preventiva del DSHS. Además, usted queda enterado de que la evaluación dental limitada 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: _____