

DENTAL SEALANT PROGRAM



Keeping your child's smile healthy!

**CONSENT
FORM ON
BACK**

SmileKeepers /Capitol Dental School Based Dental Prevention Program offers dental preventive services to your child for **FREE!**

- Screenings and Education
- Sealants



Complete the back of this form to help your child have healthy teeth! **ALL** children are eligible who return this completed consent form. No child is turned away. Services are **FREE!**

A referral note will be sent home after the visit explaining services provided and information to help find a dental home, if needed.

PREVENTION VS. TREATMENT



Sealants, free
and at your
school



Treatment, a
costly trip to
the dentist

*Getting sealants are
as easy as brushing
your teeth and
painless too!*



SmileKeepers
DENTAL

My child has already had sealants and sees a dentist regularly, should they participate?

YES!

Sealants can last for many years but if your child's sealants come off, we can replace them on all permanent back teeth as needed for **FREE!**

Tooth Decay: The Problem

«Tooth decay is the single most common chronic childhood disease. «About 1 out of 5 (20%) children aged 5 to 11 years have at least one untreated decayed tooth.

Dental Sealants: The Solution

«Dental sealants are thin plastic coatings applied to the grooves on the chewing surfaces of the back teeth. «Sealants prevent tooth decay and also stop cavities.

Prevention vs. Treatment

«Prevention-Sealants are a short & easy process. The chewing surfaces of teeth are cleaned; sealants are painted into the grooves of chewing surfaces; the sealant is bonded to the tooth.

«Treatment requires an appointment with the dentist and may include (drilling) removing tooth structure/

DENTAL SEALANT PROGRAM PARENT CONSENT FORM

About Your Child

Child's Name: _____
First Middle Last Sex Birth Date Age

Parent or Guardian Name: _____

Best Number to Reach You Name of School Grade Teacher

No payment is required from you for this program. However, the cost of the service is more than \$150 per child and we rely on insurances such as Oregon Health Plan, as well as the sponsorship of Capitol Dental, to help cover the costs. **Private insurance is not billed.** If your child is covered by the Oregon Health Plan, please provide their

Oregon Health Plan ID#:(OHP) _____

Health History

Has your child seen a dentist within the past 12 months? Yes No

Does your child have allergies? Yes No

If yes, what? _____

Is your child taking any medications? Yes No

If yes, what? _____

Is there anything else we should know about the health/behavior of your child? Yes No
(Examples: ADHD, Autism, Seizure Disorders, etc.)

If yes, what? _____

I give consent for my child to participate in the school based dental preventive program certified by the Oregon Health Authority and provided by SmileKeepers Dental/Capitol Dental Care. This consent remains in effect for 24 months. The results may be shared with the school nurse, school district, my dental provider and my Coordinated Care Organization. I have been given a copy of the Notice of Privacy Policies or it is available to me on the CDC website at <http://www.capitoldentalcare.com>. A parent that has any concerns or questions regarding the Notice may contact CDC at 1-800-525-6800.

- YES**, I want my child to be assessed and receive dental sealants if needed.
- NO**, I don't want my child to have a dental assesment or get free dental sealants. If No, please check one of the following. My child's dentist will provide these services.
- Other, please describe: _____



Signature of Parent or Guardian

Date



Unprotected No Sealant Protected After Sealant



PROGRAMA DE SELLADORES DENTALES



¡Manteniendo sana la sonrisa de su hijo!

¡El Programa de Prevención Dental de SmileKeepers Basado en la Escuela ofrece servicios preventivos dentales a su hijo **GRATIS!**

➤ Exámenes y educación

➤ Selladores



¡Complete el reverso de este formulario para ayudar a su hijo a tener dientes sanos! **TODOS** los niños que devuelvan este formulario con consentimiento completado son elegibles. No se rechaza a ningún niño. Los servicios son **GRATUITOS** ;

Se enviara a casa una nota de referencia después de la visita, explicando los servicios Proporcionados y si es necesario nformación para ayudar a encontrar un sitio dental.

PREVENCIÓN contra TRATAMIENTO



Selladores,
gratuitos y ubicados
en su escuela



Tratamiento, una
visita costosa al
dentista

¡Recibir selladores
es tan fácil como
cepillarse los
dientes y sin dolor!



SmileKeepers
DENTAL

Mi hijo ya ha tenido selladores
y va al dentista
periódicamente, ¿debe participar?

¡Sí!

los selladores pueden durar
muchos años pero si los
selladores de su hijo se caen,
podemos reponerlos en
todos los dientes posteriores
permanentes, según sea
necesario,

¡SIN COSTO ALGUNO!

Las Caries Dentales: El Problema

Las caries dentales son la enfermedad crónica más común de la niñez.

Aproximadamente 1 de 5 (20%) niños entre las edades de 5 a 11 tienen al menos un diente con caries tratado.

Selladores Dentales: La Solución

Los selladores dentales son capas finas de plástico aplicadas a las surcos de las superficies de los dientes posteriores.

Los selladores previenen las caries dentales y también detienen el crecimiento de las caries.

Prevención contra Tratamiento

Prevención-Selladores son un proceso corto y fácil. Se limpian las superficies para masticar de los dientes; se pintan los selladores en las superficies para masticar; se adhiere el sellador al diente.

Tratamiento requiere una cita con el dentista puede incluir (perforar), remover o reemplazar la estructura del diente.

POR FAVOR DE VUELVA A LA ESCUELA DE SU HIJO(A) INMEDIATAMENTE

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES
PARA EL PROGRAMA DE SELLADORES DENTALES**
Programa de Selladores Dentales y Barniz de Fluoruro

Acerca de su Hijo

Nombre del (de la) Hijo(a): _____
Primer Segundo Apellido Sexo Fecha de Nacimiento Edad

Nombre del padre o tutor: _____

Mejor Número para Contactarle Nombre de la Escuela Grado Maestro(a)

No se requiere ningún pago de parte de usted para este programa. Sin embargo, el costo del servicio es más de \$150 por niño y contamos con seguros como el Plan de Salud de Oregón, así como el patrocinio de Capitol Dental, para ayudar a cubrir los costos. El seguro privado no se factura. Si su hijo está cubierto por el Plan de Salud de Oregón, por favor proporcione su número de identificación del Plan de Salud de Oregón a continuación:

OHP ID# _____

Historial de Salud

¿Ha ido su hijo(a) al dentista dentro de los últimos 12 meses? Sí No

¿Su hijo(a) tiene alergias? Sí No

De ser "sí", ¿cuáles? _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento? Sí No

De ser "sí", ¿cuál? _____

¿Hay algo más que debemos saber sobre la salud/ el comportamiento de su hijo(a)? Sí No
(Ejemplos: ADHD, Autismo, Trastornos de Convulsivos, etc.)

De ser "sí", ¿qué? _____

Como el padre/tutor, estoy de acuerdo con todas estas declaraciones: Este consentimiento permanece en vigor durante 24 meses. Los resultados pueden ser compartidos con la enfermera de la escuela, distrito escolar, y mi proveedor dental. La información pueden ser enviada a mi organización de cuidado coordinado para solicitar pago. De acuerdo con nuestros requisitos de privacidad y seguridad Capitol Dental Care proporcionara una copia de su aviso de practicas de privacidad a cada estudiante visto en beneficio de los padres. Entiendo que puedo ver la póliza de privacidad de Capitol Dental Care en línea en www.capitoldentalcare.com o solicitar una copia llamando al 1(800) 525-6500.

- SI**, quiero que mi hijo/a sea evaluado y reciba: Selladores Dentales
- NO, no quiero que mi hijo/a participe en el Programa de Selladores Dentales. Si elige No, por favor marque una de las siguientes opciones:
- El dentista de mi hijo proveerá estos servicios. Otro: _____



Firma de Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha



Sin protección
Sin Sellador



Protegido
Con Sellador



CAPITOL DENTAL CARE

SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at Capitol Dental Care. There are a number of reasons that we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways that we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES, which is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information there are certain obligations that we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
 - Provide treatment to you;
 - Get paid for the services that we provide to you;
 - Operate our clinics and other facilities;
 - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting;
 - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
 - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive;
 - To share information about in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition.
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
 - Ask to see and copy your medical information;
 - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected;
 - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations;
 - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information that we share with family members or others involved in your care. WE are not required to agree to your request;
 - Ask that we communicate with you in a confidential manner;
 - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time;
 - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information;
 - File a complaint if you think your privacy rights have been violated;
 - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider.

Request for a full Notice of Privacy Practices is available at your SmileKeepers office or on our website at www.capitoldentalcare.com

CAPITOL DENTAL CARE

RESUMEN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La confidencialidad de su información de salud protegida, también llamado su expediente médico, es una alta prioridad en Capitol Dental Care. Hay una serie de razones por las que podemos utilizar esta información o divulgar a otros. Se proporciona este aviso de prácticas de privacidad para informarle acerca de las formas en que podemos utilizar y divulgar información de su expediente médico. ESTA PAGINA NO ES EL ANUNCIO COMPLETO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, que está disponible bajo petición. Además de nuestro compromiso permanente con la protección de su información hay ciertas obligaciones que tenemos por la ley federal. Uno de esas obligaciones es proveerle este aviso.

COSAS EXPLICADAS EN EL ANUNCIO COMPLETO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

- **Cómo podemos utilizar y compartir su información de salud sin su permiso para:**
 - Proporcionarle tratamiento.
 - Recibir pago por los servicios que le ofrecemos a usted.
 - Operar nuestras clínicas y otras instalaciones.
 - Presentar informes a las agencias federales, estatales y locales y otros cuando la ley requiere dichos reportes.
 - Hacer informes o compartir información de salud para la salud pública, seguridad y/o con fines de investigación.

- **Cómo podemos utilizar y compartir su información sin su permiso, pero solo si le da la oportunidad de objetar:**
 - Para compartir información acerca de usted a su familia, amistades u otras personas involucradas en su cuidado o el pago por los servicios que recibe.
 - Para compartir información acerca de usted en caso de un desastre para que su familia y amistades sepan dónde se encuentra y su condición general.

- **Cómo podemos utilizar y compartir su información médica sólo con su permiso para revelar divulgaciones de los descritos anteriormente.**

- **Sus derechos legales bajo las leyes de privacidad federal incluyen su derecho a:**
 - Pedir ver una copia de su información médica.
 - Pedir que la información incorrecta o incompleta en su información médica sea corregida.
 - Pedir una lista de los lugares que hemos enviado su información, a menos que se envió con su autorización, para pago, tratamiento u operaciones de cuidado de salud.
 - Pedir que limitemos la información que usamos o compartimos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o la información que compartimos con miembros de su familia u otras personas involucradas en su cuidado. Nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud.
 - Pedir que nos comuniquemos con usted de manera confidencial.
 - Pedir una copia impresa de la notificación de prácticas de privacidad en cualquier momento.
 - Ser notificado en caso de una infracción insegura, de información protegida.
 - Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados.
 - Pagar de su bolsillo en su totalidad por un artículo o servicio de atención médica y restringir la divulgación en particular de ese artículo o servicio a su proveedor de plan de salud.

Un aviso completo de prácticas de privacidad está disponible en su oficina dental de SmileKeepers o en www.capitoldentalcare.com.