

2012/2013 Dental Consent Form: Please fill out all four sections and return

CCAP West Bay Smiles, EBCAP East Bay Smiles, and Thundermist Health Center: Thunderkids Program in partnership with the Ronald McDonald Molar Express is offering on-site, at school dental services for your child. Services include: a dental exam, x-rays, cleanings, fluoride treatment, and sealants. If your child needs additional dental work such as fillings, root canals, extractions, you will be contacted for additional consent. If your child is currently seeing a dentist, please consult them before beginning treatment with us.

1. Your Child's Information

Child's Last Name: _____ First: _____ MI: ____ Date of Birth: ____/____/____
 Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Child's SSN: ____-____-____ Sex: M F Child's Primary Language: _____ Daytime Phone Number: _____
 Parent/Guardian Name: _____ Parent Date of Birth _____ Parent's SSN ____-____-____
 Emergency Contact Name: _____ Relationship to child: _____ Phone Number: _____
 Child's School: _____ Grade/ Teacher: _____ Email: _____
 Ethnicity: African American (Black) Asian/Pacific Islander Caucasian (white) Latino (Hispanic) Native American Other

2. Dental Insurance Information

If you have insurance it will be billed. There are no out of pocket costs to you. In-school or Molar Express Dental Services are **FREE** if your child is uninsured . No Dental Insurance

Please check off your insurance information and fill in the blanks.

Medicaid/Anchor Card ID# _____ Rite Smiles ID# _____

Private Insurances (please circle one):
 Blue Cross Dental Delta Dental RI Delta Dental MA Other: _____
 ID #: _____ Group#: _____
 Subscriber's Last Name: _____ First: _____ MI: _____ Sex: M F
 Subscriber's SSN: ____-____-____ Subscriber's Date of Birth: ____/____/____

3. Health History (Tell us if your child has any of the following conditions. Check *only* those that apply)

Asthma Allergies Diabetes Hepatitis Physical Disability
ADD/ADHD Mental Health/Behavior Issues Tuberculosis Sickle Cell Bleeding disorder
Heart Murmur /Mitral Valve Prolapse Child **DOES NOT** Need Pre- Medication for Heart Related Problems
Heart Defect/Heart Transplant Rheumatic Fever Child **NEEDS** Pre-Medication for Heart Related Problems

Is your child taking any medication? Yes No If yes, what: _____
 Is your child allergic to: Aspirin Iodine Penicillin Latex Local Anesthetic Other _____
 Please list any other medical problems/hospitalizations: _____

Does the child: Have problems with gums bleeding with flossing? Yes No Use tobacco products? Yes No
 Have teeth that are causing pain? Yes No

Females only: Taking birth control? Yes No Pregnant (or think may be pregnant) Yes No Nursing? Yes No

Name of Physician: _____ Phone Number: _____
 Please list any special needs your child has (physical, emotional, cultural, religious or learning styles/preferences): _____

4. Sign Here

I certify that I represent my son/daughter to obtain services provided by Thundermist. I give permission to Thundermist and its employees to release my information or that of my son/daughter to obtain payment from my dental insurance company. Thundermist will maintain strict confidentiality with all this information obtained, according to the laws of the State, the Federal laws, and the rules of Thundermist. I understand that information will be shared with your child's school and their representatives. I authorize the members of Thundermist's staff to provide my son/daughter, mentioned above, dental care according to the dental norms of today. I have received a copy of the Thundermist Notice of Privacy Practices and the Patient Rights and Responsibilities. The Ronald McDonald Care Mobile (The Molar Express) is made possible by a grant from Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), a non-profit, tax-exempt charitable corporation. RMHC has no responsibility or liability for the operation of this Ronald McDonald Care Mobile or any of the medical or dental activities conducted herein. I have read, understand, and agree with the above information. Consent is valid for one year from date of signature below.

Signature: _____ Date: _____

Reviewed By: _____
 Date: _____

2012/2013 Formulario de consentimiento dental: Porfavor llene las secciones

Thundermist en colaboración con la Ronald McDonald Molar Express, está ofreciendo en el sitio, en la escuela dental de servicios para su hijo. Los servicios incluyen: un examen dental y radiografías, y limpiezas, tratamiento de fluoruro, selladores por una. Si su niño necesita más trabajo dental, tales como rellenos, canales radiculares, extracciones, usted será contactado por consentimiento adicional. Si su hijo está viendo un dentista, por favor consulte antes de iniciar el tratamiento con nosotros. Para más información, llame al : _____

1. Su Hijo de la Información

Apellido del/la niño/a: _____ Nombre: _____ MI: ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Sexo: M F Numero de telefono diurno: (____) _____ - _____
 Nombre del padre /madre/ tutor : _____ Número de teléfono diurno: _____
 Numero de suguro social del **padre/madre/tutor:** _____/_____/_____ Lenguaje primario: _____
 Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____ Número de Teléfono: _____
 Escuela del/la niño/a: _____ Grado/ Profesor: _____ correo electronicas _____
 Ethnicidad: Africano-Estadounidense (Negro) Asiático / Islas del Pacífico Caucásica (Blanco) Latino (hispano) Otros

2. Información del Seguro Dental

Si usted tiene seguro será facturado. No hay gastos fuera de bolsillo. En la escuela o en el Molar Dental Express los servicios son gratis si su niño no está asegurado. **No tiene seguro dental**

| Porfavor de llenar la informacion de su seguro aqui | | | | |
|--|---|--|---|-------------------------------------|
| Medicaid/tarjeta con ancha # _____ | Ritesmiles #: _____ | | | |
| Seguro privado (circule su seguro): | <input type="checkbox"/> Blue Cross Dental | <input type="checkbox"/> Delta Dental RI | <input type="checkbox"/> Delta Dental MA | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| ID #: _____ | Grupo #: _____ | | | |
| Apellido del suscriptor: _____ | Nombre _____ | | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Seguro Social del suscriptor: _____ - _____ - _____ | Fecha de nacimiento de suscriptor: ____/____/____ | | | |

3. Historia de la Salud (Díganos si su niño tiene alguna de las siguientes condiciones. Marque sólo las que se aplican)

Asma Alergias Diabetes Hepatitis Sickle Cell Tuberculosis
 Epilepsia/Convulsiones ADD/ADHD Salud mental/comportamiento cuestiones desorden de sangrado
 Soplo cardiaco/ prolapso de la válvula mitral Cardiopatía congénita / Trasplante de Corazón Fiebre Reumática
 Niño/a **Necesita** pre-medicación para los problemas relacionados con el corazón
 Niño/a **NO** necesita pre-medicación para los problemas relacionados con el corazón
 ¿Está su niño tomando algún medicamento? Si No En caso afirmativo, ¿qué?: _____
 ¿Es su niño alérgico a: Aspirina Yodo Penicillina Latex Anestésico local Otro _____
 Por favor, enumere cualquier otro problema médico/hospitalizaciones: _____
 Su hijo/a: ¿Tiene problemas de sangramiento de las encías cuando usa el hilo dental? ↑ sí ↑ no;
 ¿Usa productos de tabaco? ↑ sí ↑ no ¿Le duele algún diente? ↑ sí ↑ no ¿Le tiene temor a la atención dental? ↑ sí ↑ no
 Si la respuesta es Sí, Nombre de Dentista: _____ Las mujeres sólo: Tomando el control de la natalidad? Si No
 Embarazada (o cree puede estar embarazada) Si No Enfermería? Si No

Nombre del Médico: _____ Número de Teléfono: _____
 Por favor, indique cualquier necesidad especial que su niño tiene (físicas, emocionales, culturales, religiosas o de estilos de aprendizaje y preferencias) _____

4. Firme Aquí

Yo certifico que yo represento a mi hijo/hija a obtener los servicios prestados por Thundermist. Doy permiso para Thundermist y sus empleados para liberar mi información o la de mi hijo / hija para obtener el pago de mi compañía de seguros dentales. Thundermist mantendrá una estricta confidencialidad con toda esta información obtenida, de acuerdo con las leSi del Estado, las leSi federales, así como las normas de Thundermist. Yo entiendo que la información será compartida con la escuela de su hijo y sus representantes. Yo autorizo a los miembros del personal del Thundermist a proporcionar a mi hijo / hija, ya se ha mencionado, la atención odontológica de acuerdo con las normas dentales de hoy. He recibido una copia de la Thundermist Aviso de prácticas de privacidad del paciente y los derechos y responsabilidades. La Ronald McDonald Care Mobile (El Molar Express) es posible gracias a una subvención de Ronald McDonald House Charities, Inc ("RMHC"), sin ánimo de lucro, exenta de impuestos corporación de beneficencia. RMHC tiene ninguna responsabilidad u obligación para el funcionamiento de este Ronald McDonald Care Mobile o cualquiera de los médicos o dentales actividades llevadas a cabo en el mismo. He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la información anterior. El consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma a continuación..

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____