



Arickaree Schools Dental Program Permission Form

Arickaree and Salud Family Health Centers will provide preventative dental services throughout the school year. Every student can receive dental services regardless of dental insurance or ability to pay. Salud will bill Medicaid, CHP+ or Delta Dental if the student has that coverage. Families will **NOT be charged for any service**; this includes waiving copays, deductibles and co-insurances. As a health center, we are required to ask about income levels. All information is confidential. Children will have their teeth and gums checked for potential problems and the parents will be informed if a child has any cavities or needs further treatment by a dentist. Salud Family Health Centers will send home the screening results with your child. **Please Return by Monday, September 13th**

I give my permission and authorize the following services for my child up to two times per year:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes No Dental screening/evaluation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes No Fluoride varnish application to teeth
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes No Sealants applied to teeth**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes No Does your child have allergies or any medical conditions?
If yes please explain: _____		

A copy of Salud's Notice of Privacy Practices is attached hereto and can also be found at saludclinic.org. This document explains how protected health information will be shared or kept confidential.

I certify that I have read (or had read to me) the contents of this form and that I have access to Salud' Notice of Privacy Practices. I understand that if I need further information or if I have any questions that I can contact Jackie Alexander at 303 697 2583 x- 4927. I understand that my child's screening results may be shared with their school's health assistant, Sara Walkinshaw. I believe that I have been given sufficient information to give my consent.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

"Salud is a Federally Qualified Health Center. Our Mission is to provide a quality, integrated health care home to the communities we serve."

*Child's Last Name:		*Child's First Name:	
*Date of Birth:		*Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other _____	
*Parent/Guardian Name (First/Last):	*Relationship to Child:	*Home Phone:	
	*Parent/Guardian date of birth:	Cell Phone:	
*Address:	*City, State, Zip:	Email Address:	
*Type of dental insurance? Medicaid/Insurance policy number if known :	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Delta Dental Insurance <input type="checkbox"/> None		
*Has your child seen a dentist before? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - date of last apt _____ with Dr. _____			

Please provide the following information. It is optional, but critical to supporting our program:

Household size: _____	Total Estimated Income: _____ <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Latino	Does your family live in public housing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Race: <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White	Is your family currently homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	Is anyone in your family a migrant or seasonal farmworker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Black or African American		
<input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Other	Primary Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____	

303-MYSALUD (697-2583) or (970) 484-0999 saludclinic.org

*Required Information **Due to COVID-19 outbreak, placing sealants will be postponed until 2021



**Programa Dental Arickaree Schools
Formulario de Autorización**

Arickaree y Salud Family Health Centers proporcionarán servicios dentales preventivos durante el año escolar. Todos los estudiantes pueden recibir servicios dentales independientemente de su capacidad de pago o de si tienen seguro o no. Si el estudiante está asegurado, Salud facturará a Medicaid, CHP+ o el seguro Delta Dental. Las familias **NO** tendrán que pagar por estos servicios; no habrá copagos, deducibles y coseguros. Como somos un Centro de Salud debemos preguntar sobre los niveles de ingreso. Toda la información es confidencial. Se revisarán los dientes y las encías de los niños para detectar posibles problemas y se les informará a los padres si el niño tiene alguna caries o necesita tratamiento del dentista. Salud Family Health Centers enviará los resultados de la evaluación a la casa con el niño.

Por favor regrese antes del lunes, 13 de septiembre

Yo doy mi permiso y autorizo los siguientes servicios para mi hijo hasta dos veces por año:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Evaluación dental
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Aplicación de barniz de fluoruro en los dientes
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Aplicación de selladores en los dientes**
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tiene su hijo alergias o algún problema médico?
Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____		

Se adjunta a este formulario una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Salud que también se puede encontrar en <http://www.saludclinic.org/>. Este documento explica cómo su información médica protegida será compartida o se mantendrá en confidencialidad.

Certifico que he leído (o me han leído) el contenido de este formulario y que tengo acceso al Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que si necesito más información o si tengo alguna pregunta puedo contactar a Jackie Alexander al 303 697 2583 x- 4927. Comprendo que los resultados de la evaluación de mi hijo podrían ser compartidos con el asistente de salud de la escuela, Sara Walkinshaw. Considero que me han dado suficiente información para dar mi autorización.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Salud es un Centro de Salud Federalmente Calificado. Nuestra misión es brindar servicios integrales de salud con calidad a nuestras comunidades.

*Apellido del niño:		*Nombre del niño:	
*Fecha de nacimiento:		*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro _____	
*Nombre completo del padre/tutor legal:	*Relación con el niño:	*Teléf. de casa:	
*Dirección:	*Fecha de nacimiento del padre/tutor legal:	Celular:	
	*Ciudad, Estado, Código Postal:	Correo:	
*Tipo de seguro dental: Número de Medicaid/ póliza del seguro (si lo sabe):	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Seguro Delta Dental <input type="checkbox"/> Ninguno		
*¿Su hijo ha sido visto por un dentista alguna vez? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - fecha de la última cita _____ con el Dr/a. _____			

Por favor proporcione la siguiente información. Es opcional, pero fundamental para apoyar nuestro programa:

Tamaño de la familia: _____	Ingreso total estimado: _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Latino	¿Su familia vive en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	¿En este momento su familia está sin vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	¿Es algún miembro de su familia trabajador agrícola migrante o por temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	
<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Otro	Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____