



Clinical preventive dental services provided are for children and adolescents up to the age of 19, who are covered by Minnesota Health Care Plans (MHCP) or uninsured. Children participating in our program who are enrolled in a state assistance program will have their services billed to insurance. If a child is uninsured, Let's Smile, Inc. utilizes grant/donation funding to cover the cost of their services. Let's Smile, Inc. does not bill families for preventative services.

⚠ Please do not fill out this form if your child has private dental insurance or an established dental home. ⚠

Parent/Guardian Consent Form: (Please print clearly and complete the ENTIRE form)

ONE FORM PER CHILD Additional forms are available on our website: www.letssmileinc.com

All information is kept confidential.

Date: _____

Child's Name: _____ Child's nickname if any: _____
 Last Name First Name Middle Initial

Address: _____
 Street/Apt# City State Zip Code

Home Telephone: _____ Guardian's Cell: _____ Emergency Contact Name & Number: _____

Email address: _____

Date of Birth: ____/____/____ Age: _____ Male Female

Social Security # _____ (used ONLY for insurance verification and ensuring we have accurate statistics)

Race/Ethnicity (For statistical reasons only)

White/Caucasian Black/African American Hispanic/Latino Asian American Indian Somali

Do you need an interpreter? If yes, list language: _____

Medical History

- Is your child taking any medications? YES NO
- Please list any medications: _____
- Please list any allergies: _____
- Is your child currently under a doctor's care besides checkups? YES NO
- Does your child have any of the following conditions: If yes—please circle the condition

Asthma	ADD/ADHD	Autism	Cancer	Downs Syndrome	Epilepsy	Bleeding Problems	Heart Problems
Heart Murmur	Hepatitis	Latex Allergy	Rheumatic Fever	Tuberculosis	Diabetes	Seizures	Other

DENTAL HISTORY

- Have you ever been told that your child needs to take antibiotics before any dental treatment? YES NO
- Is your child receiving fluoridated water? YES NO Is your child taking fluoride supplements? YES NO
- About how long has it been since your child last visited a dentist/hygienist? Please check one.
 - 6 months or less
 - More than 6 months, but not more than 1 year ago
 - More than 1 year ago, but not more than 3 years ago
 - More than 3 years ago
 - Never has been to the dentist/hygienist
 - Don't know/don't remember
- During the past 6 months, did your child have a toothache more than once, when biting or chewing? YES NO
- Does your child have any oral habits: thumb sucking, nail biting, mouth breathing, pacifier, sleeping with a bottle, Etc.? YES NO
 If you answered "YES", please explain _____
- What are YOUR concerns or questions regarding your child's teeth? _____

**Name of Dental Office of any previous dental experiences: _____

*Please check the type of insurance you have:

No Insurance MA MN Care South Country Health Alliance U-Care Blue Plus

Provider number # _____

YES, I give permission for my child to receive clinical preventive dental care services that includes: a Basic Screening to assess, document, & advise of untreated decay to guardian/caregivers/ Collaborative Program Directors. Also includes oral cancer screening, dental cleaning, fluoride application, oral hygiene instruction, sealants, nutritional counseling regarding oral health, and referrals as needed.

I understand that these services are provided by a Collaborative Registered Dental Hygienist and it is not a replacement for a dental exam by a licensed dentist. A dental exam by a dentist is recommended least annually.

Printed name of Parent/Guardian: _____

Signature of Parent/Guardian: _____



♦ Los servicios dentales preventivos brindados son para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 19 años, que están cubiertos por el seguro estatal: Planes de atención médica de Minnesota (MHCP) como MA, South Country Health Alliance, Blue Plus, UCare, o sin seguro. ♦ Los pacientes que participan en nuestro programa y que están inscritos en un programa de asistencia estatal, se les facturarán sus servicios al seguro y la parte no pagada se pagará mediante subvenciones. ♦ Si el paciente no tiene seguro, Let's Smile, Inc. utiliza fondos de subvenciones/donaciones para cubrir el costo de sus servicios. ♦ ¡Todos los servicios dentales son gratuitos para las familias! ♦

♦ Complete la siguiente información. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán estrictamente confidenciales de acuerdo con las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la mejor atención posible.

⚠ **No complete este formulario si su hijo(a) tiene un seguro dental privado o un hogar dental establecido** ⚠

♦ UN FORMULARIO POR NIÑO ♦ Hay formularios adicionales disponibles en nuestro sitio web: www.letssmileinc.com



♦ Nombre del niño(a) _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Apodo del niño, si lo hay: _____

♦ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ ♦ Género: Masculino Femenino Prefiero no decir/otro

♦ Raza/Etnia (solo por razones estadísticas) ♦ Marque todas las casillas que correspondan al paciente:
 Blanco/Caucásico Negro/Afroamericano Hispano/Latino Americano Asiático Nativo Americano Somalí Otro

♦ ¿El paciente necesita un intérprete? Sí No En caso afirmativo, indique el idioma _____ No

♦ ¿Quién es la persona de contacto principal para este paciente? _____
 ♦ ¿Ha cambiado el contacto principal de la familia (generalmente un padre o tutor) desde su última visita? Sí No

♦ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? Sí No

♦ Nombre y número del contacto de emergencia: _____

♦ Dirección de correo electrónico: _____ ¿Acepta correos electrónicos? Sí No

♦ Dirección: _____
 Calle/# de Apt _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

♦ Escuela _____ (Clínica dental basada en la escuela)

♦ Seguro dental: Número de PMI del miembro # _____ ♦ Número de seguro social _____ (usado SOLO para buscar verificación de seguro)
 Sin seguro dental MA MN Care South Country Health Alliance U-Care Blue Plus

HISTORIA DENTAL:

♦ ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que su hijo visitó a un dentista/higienista? Marque uno.
 Menos de 6 meses = NO NECESITA SERVICIOS Hace más de 6 meses, pero no más de 1 año
 Hace más de 1 año, pero no más de 3 años Hace más de 3 años Nunca ha ido al dentista/higienista
 No se, no me acuerdo ** Nombre del consultorio dental de la experiencia dental previa: _____

♦ ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes de cualquier tratamiento dental? Sí NO

♦ ¿El suministro de agua de su hogar está fluorado? Sí NO

♦ Durante los últimos 6 meses, ¿su hijo tuvo dolor de muelas más de una vez al morder o masticar? Sí NO

♦ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? _____ ¿Usa hilo dental? _____ ¿Enjuague bucal? _____

♦ ¿Sangran las encías de su hijo cuando se cepilla los dientes? Sí No

♦ ¿Tiene su hijo algún hábito oral:

chuparse el dedo morderse las uñas respirar por la boca chupete dormir con un biberón rechinar los dientes vapear/fumar masticar tabaco sin humo

♦ ¿Cuáles son SUS preocupaciones o preguntas con respecto a los dientes de su hijo? _____

HISTORIAL MÉDICO: Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud o los medicamentos que se puedan tomar podrían tener una influencia importante en la odontología que recibirá su hijo. Gracias por responder las siguientes preguntas.

1. Enumere sus medicamentos recetados o de venta libre: _____
2. Enumere las alergias. _____
3. ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones: Sí - Si la respuesta es sí, marque la condición con un círculo No

Asma	ADD/ADHD	Autismo	Cancer	Síndrome de Downs	Epilepsia	Problemas de Sangre	Problemas de Corazon
Soplo Cardíaco	Hepatitis	Alergia al Látex	Fiebre Reumática	Tuberculosis	Diabetes	Convulsiones	otro (por favor enumere)

SIGNATARIO AUTORIZADO:

-Autorizo a Let's Smile, Inc. a realizar servicios clínicos de atención dental preventiva que sean necesarios para la adecuada atención dental del paciente.

-Entiendo que estos servicios son proporcionados por un higienista dental registrado colaborativo y que la evaluación no sustituye a un examen dental realizado por un dentista autorizado. Se recomienda un examen dental por parte de un dentista al menos una vez al año.

-Doy mi consentimiento para permitir que Let's Smile, Inc. use la imagen, voz y/o palabras mías/de mi hijo/mis hijos en materiales informativos como informes, folletos, videos, etc., y para entrevistas con los medios. Renuncio a todas las reclamaciones de compensación y llbero a Let's Smile, Inc. de cualquier responsabilidad relacionada con dicho uso.

★ Escriba NO si no está de acuerdo con la parte de la foto del formulario: _____

-Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Let's Smile, Inc. Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos o no cubrir todos los servicios prestados. Entiendo que si se niegan los servicios o el seguro está inactivo, Let's Smile, Inc. es responsable de los cargos impagos. Que yo sepa, toda la información anterior es correcta y precisa.

♦ Nombre Impreso de Padre/Guardian: _____ ♦ Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha _____