



CONSENT FOR TREATMENT

Healthy Smile Healthy Child Sealant Program offers **FREE** dental screening, sealants and fluoride varnish at your child's school. This service includes instruction about nutrition, brushing and flossing. It does not include a complete dental examination, x-rays or cleaning.

First Name of Child: _____ Last Name: _____
Date of Birth: ____/____/____ Child's age _____ Male Female Race/Ethnicity: _____
School: _____ Grade: _____ Teacher: _____
Your child has: Private Insurance Medicaid NV Check Up Uninsured
Address: _____ Apt# _____ City: _____ Zip: _____
Cell Phone: _____ Email: _____

CHILD'S HEALTH HISTORY

Has your child ever had serious health problems? No Yes: if yes, explain _____
Does your child have any allergies? No Yes: if yes, please list: _____
Last Dental Visit (approx.)? _____ Name of the dentist/clinic? _____
Do you have any dental concerns? _____

Yes, I authorize for a public health dental hygienist and/or dental hygiene students and/or volunteer dental hygienists to check my child's teeth (conduct a screening), place sealants on those teeth that are indicated by staff/volunteers and apply fluoride varnish to my child's teeth as a preventive measure against tooth decay. I understand that this service does not replace a comprehensive dental exam and regular dental checkups and cleanings are recommended.

I agree not to hold Washoe County School District or its partners liable for any negative reactions as a result of care received for my child through the Healthy Smile Healthy Child Sealant Program.

I authorize HSHC Sealant Program to refer and share my child's personal, dental and health information with other dental providers, as necessary for the purpose of continuing dental care.

I hereby grant the Healthy Smile Healthy Child (HSHC), Renown and affiliates permission to use my likeness in a photograph in any and all of its publications, including website entries, without payment or any other consideration.

I understand and agree that these materials will become the property of Healthy Smile Healthy Child (HSHC), Renown and affiliates and will not be returned. I waive the right to inspect or approve the finished product, including written or electronic copy, wherein my likeness appears. Additionally, I waive any right to royalties or other compensation arising or related to the use of the photograph.

I hereby certify that I am the parent or guardian of patient/person named below, and do hereby give my consent without reservation to the foregoing on behalf of this person/minor.

No- I do not want my child to have sealants

No- I do not want my child to have fluoride varnish

Parent/Guardian Signature

Relationship to Patient

Print Name

Date



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Healthy Smile Healthy Child: Programa de Selladores ofrece evaluación dental, selladores y barniz de fluoruro **GRATIS** en la escuela de su hijo (a). Este servicio incluye instrucciones sobre nutrición, como cepillarse y uso de hilo dental. No incluirá radiografías, limpieza o examen dental completo.

Primer Nombre del niño: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad de Niño _____ Masculino Femenino Raza/Etnicidad: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestra: _____

Su hijo tiene: Seguro privado Medicaid NV Check Up Sin seguro dental

Dirección _____ Apt# _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO:

Ha tenido su hijo alguna vez problemas de salud graves? No Si explique: _____

Su hijo tiene alguna alergia? No Si explique: _____

Cuando fue la ultima visita dental de su hijo? (approx.) _____ Cuál es el nombre del dentista/clinica? _____

Tiene alguna pregunta sobre los dientes de su hijo? _____

Sí, autorizo a un higienista dental de salud pública y/o estudiantes de higiene dental y/o higienistas dentales voluntarios para que revisen los dientes de mi hijo (realicen una revisión), coloque selladores en los dientes que indique el personal/voluntarios y aplique barniz de flúoruro a los dientes de mi hijo como medida preventiva contra la caries. Entiendo que este servicio no reemplaza un examen completo y se recomiendan revisiones y limpiezas dentales periódicas

Estoy de acuerdo en no responsabilizar al Distrito Escolar del Condado de Washoe County ni a sus afiliados por cualquier reacción negativa como resultado del cuidado recibido por mi hijo a través del Programa de Selladores de Healthy Smile Healthy Child

Autorizo a HSHC Programa de Selladores referir y compartir la información personal, dental y de salud de mi hijo (a) con otros proveedores dentales, según sea necesario con el fin de continuar con la atención dental.

Doy mi consentimiento a Healthy Smile Healthy Child (HSHC), Renown y afiliados permiso para que puedan hacer uso de la imagen en fotografía tomada en todas y cada una de sus publicaciones, en el internet/pagina web, sin pago ó cualquier otra consideración, sin yo recibir ningun pago.

Entiendo y estoy de acuerdo que estos materiales se convertirá en propiedad de Healthy Smile Healthy Child (HSHC), Renown y afiliados y no me serán devueltos. Renuncio el derecho inspeccionar ó aprobar el producto terminado, incluyendo copia escrita ó electrónica, en la cual aparece mi semejanza. Además, renuncio a cualquier derecho de autor u otro tipo de compensaciones derivadas ó relacionadas con la utilización de tales fotografía/s.

Por la presente certifico que soy el padre ó tutor del paciente/persona mencionado, y por la presente doy mi consentimiento sin reservas a todo lo anterior en nombre de esta persona/menor.

No- quiero que a mi hijo (a) le apliquen selladores

No- quiero que a mi hijo (a) le apliquen barniz de fluoruro

Firma de Padre/Guardian

Relacion al Paciente

Imprima Nombre

Fecha