



### 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. Complete this form only if you would like your child to participate

First Name of Child: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Child's age \_\_\_\_\_  Male  Female Race/Ethnicity: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Classroom: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**CHILD'S HEALTH HISTORY** Child has:  Medicaid  NV Check Up  Private Insurance  Uninsured

Has your child ever had serious health problems?  No  Yes: \_\_\_\_\_ Does your child have any special needs  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? \_\_\_\_\_

**Initials** **No-I do not want my child to have sealants**

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

**Initials** 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.

**Initials** 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.

**Initials** 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.

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

**Initials** 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/video.

**Initials** 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.

\_\_\_\_\_  
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. Completar este formulario solo si desea que su hijo participe.

Primer Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad de Niño \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ Maestra: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO** El niño tiene:  Medicaid  NV Check Up  Seguro privado  Sin seguro dental

Ha tenido su hijo alguna vez problemas de salud graves?  No  Si Tiene su hijo alguna necesidad especial  No  Si  
si, afirmativo explique: \_\_\_\_\_

Su hijo tiene alguna alergia?  No  Si explique: \_\_\_\_\_

Cuando fue la última visita dental de su hijo? (approx.) \_\_\_\_\_ Cuál es el nombre del dentista/clínica? \_\_\_\_\_

Tiene alguna pregunta sobre los dientes de su hijo? \_\_\_\_\_

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

Iniciales 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 fluoruro 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

Iniciales 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

Iniciales 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.

Iniciales Doy mi consentimiento a Healthy Smile Healthy Child (HSHC), Renown y afiliados de hacer uso de la imagen en fotografías/videos tomada en todas y cada una de sus publicaciones, en el internet/página web, sin pago ó cualquier otra consideración, sin yo recibir ningún pago.

Iniciales 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 o aprobar el producto terminado, incluyendo copia escrita o electrónica, en la cual aparece mi semejanza. Además, renuncio a cualquier derecho de autor u otro tipo de compensaciones derivadas o relacionadas con la utilización de tales fotografías/videos.

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Imprima Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha