

Yuma Dentistry 4 Kids

Dear Parents,

Yuma Dentistry 4 Kids has partnered with Yuma School District One to provide preventative dental care for all students Preschool - 8th grade.

Preventative care includes the following:

- Exam from a Licensed Dentist
- Cleaning
- X-rays
- Fluoride treatment
- Sealants

Services rendered will be at your child's school site and take approximately 15-20 minutes. If your child requires additional dental care such as fillings or extractions, we will follow up with you directly to schedule an appointment at our office. We can also provide you with dental records if you already have an existing dental provider. After seeing your child, we will send you a report card of all services completed.

We accept all AHCCCS plans and most private insurances. We will work with your insurance company, but if your child does not have dental insurance we will see them for preventative care free of cost. Please complete the dental form enclosed and have your child give it to their teacher on the first week of school.

We look forward to a great school year and the opportunity to service this amazing district.

If you have any questions or concerns, please feel free to call either of the following contacts.

Ofelia Montoya: 520-609-3127

Lilly Meda: 520-988-0236.

Yuma Dentistry 4 Kids

PERMISSION SLIP FOR MOBILE DENTISTRY Please complete this form and return to your child's school.

The Yuma Dentistry 4 Kids Mobile Dental Unit will be serving your child's school. These services give your child the opportunity to receive a complete dental exam including x-rays, cleaning, fluoride varnish, and sealant application by a licensed dental provider or an oral health assessment and fluoride varnish application by an Affiliated Practice Dental Hygienist without having to leave school. After your child's visit, YD4K will provide a report card that lists the services provided. If your child is in need of treatment, a member of the YD4K team will contact you.

PATIENT INFORMATION

CHILD'S NAME _____ CHILD'S DATE OF BIRTH _____
GENDER ___M___F PHONE NUMBER _____ SCHOOL _____ GRADE _____
ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____
EMAIL ADDRESS _____

INSURANCE INFORMATION

___ AHCCCS – ID NUMBER _____
___ PRIVATE DENTAL INSURANCE – INSURANCE NAME _____ PHONE NUMBER _____
POLICY/ID NUMBER _____ GROUP NUMBER _____
___ UNINSURED POLICY HOLDER NAME _____ POLICY HOLDER DOB _____

HEALTH HISTORY INFORMATION

- Please indicate if your child has had any of the health problems listed below (please check all that apply):
___ Diabetes ___ Asthma ___ Behavior Problems ___ Anemia ___ Sickle Cell ___ Other (explain): _____

- Is your child allergic to any food or medication? **Please list:** _____
- Is your child currently taking any medications? **Please list:** _____
- Is your child allergic to Latex? Yes/No: _____
- Does your child have any dental pain or concerns? _____

Dentist Initial _____

___ **Yes, I would like my child to have a dental assessment.**

___ **No, I do not want my child to participate.**

I hereby consent, on behalf of my child, to receive the dental services described above that are deemed necessary. I understand that the services will be provided at no additional cost to me or the agency. I understand that, if eligible, Yuma Dentistry 4 Kids will bill my dental insurance for services rendered. This consent form is valid for 24 months from the date of signature unless otherwise indicated.

For your convenience, Yuma Dentistry 4 Kids has offered to communicate via the following means of communication: phone, mail, text messaging, or email. Patient acknowledgement and agreement regarding Electronic Communication can be read in full here: <http://bit.ly/2BBG287>

___ **I have read and agree to the Patient Acknowledgment and Agreement regarding Electronic Communication.**

___ I authorize the use and publication of photographs of my child to be used for any lawful purpose, including social media, publicity, advertising, and print publications by Yuma Dentistry 4 Kids or my child's school.

___ Yes, please schedule my child for a routine recall appointment in 6 months. If you select this option you will receive a confirmation and a reminder ahead of the appointment. We look forward to continuing to care for your family.

Parent/Guardian Name (please print): _____ Relation to child: _____

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

Yuma Dentistry 4 Kids

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN DENTAL MÓVIL COMPLETE ESTE FORMULARIO Y REGRESE A LA ESCUELA DE SU HIJO

El Equipo Dental Móvil de Yuma Dentistry 4 Kids estará en la escuela de su hijo. Nuestros servicios dentales móviles le brindan a su hijo la oportunidad de recibir un examen dental y servicios preventivos de fluoruro y sellador por uno de nuestros proveedores dentales con licencia sin faltar a la escuela. Después de la visita con su hijo, le proporcionaremos una tarjeta con un informe dental que enumera los servicios que se proporcionaron ese día y cualquier información adicional. Si su hijo necesita tratamiento, un miembro de nuestro equipo lo llamará para programar una cita.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL NIÑO/A _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

GÉNERO ____ M ____ F TELÉFONO _____ ESCUELA _____ GRADO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ZIP _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

____ AHCCCS – NÚMERO DE ID _____

____ SEGURO DENTAL PRIVADO - NOMBRE DEL SEGURO _____ # Tel _____

PÓLIZA / NÚMERO DE ID _____ NÚMERO DE GRUPO _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

____ SIN SEGURO

INFORMACIÓN DE HISTORIA DE SALUD

● Indique si su hijo ha tenido alguno de los problemas de salud que se enumeran a continuación (marque todos los que correspondan):

____ Diabetes ____ Asma ____ Problemas de comportamientos ____ Anemia ____ Células falciformes ____ Otros (explique): _____

● ¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? **Por favor liste:** _____

● ¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente? **Por favor liste:** _____

● ¿Su hijo es alérgico al látex? Si/no: _____

● ¿Tiene su hijo algún dolor o inquietud dental? _____

Inicial Del Dentista: _____

____ **Sí, me gustaría que mi hijo tenga una evaluación dental.**

____ **No, no quiero que mi hijo participe.**

Autorizo, en nombre de mi hijo, a recibir los servicios dentales descritos anteriormente que se consideren necesarios. Entiendo que los servicios se brindarán sin costo adicional para mí o para la agencia. Entiendo que, si es elegible, General Dentistry 4 Kids facturará a mi seguro dental los servicios prestados. El consentimiento es válido por 24 meses a partir de la fecha de la firma.

Para su conveniencia, General Dentistry 4 Kids ha ofrecido a comunicarse vía los siguientes medios de comunicación: teléfono, correo, mensajes de texto o correo electrónico. El reconocimiento del paciente y el acuerdo sobre la comunicación electrónica se pueden leer en su totalidad aquí: <http://bit.ly/2BBG287>

____ **He leído y acepto el reconocimiento y el acuerdo del paciente con respeto a la comunicación electrónica.**

____ Autorizo el uso y publicación de fotografías de mi hijo para cualquier propósito legal, incluidos los medios sociales, publicidad y publicaciones impresas de Yuma Dentistry 4 Kids o la escuela de mi hijo.

____ **Sí, programe a mi hijo para una cita de examen rutinario en 6 meses. Nos comunicaremos con usted para confirmar su cita.**

Nombre del padre / Tutor (en letra de molde): _____ Relación Al Niño/a: _____

Firma del padre / Tutor _____ Fecha: _____