



Arizona School-based Sealant Program

CONSENT FORM

Office of Oral Health • Bureau of Women's and Children's Health • 150 North 18th Avenue Suite 320
Phoenix, AZ 85007 • <http://www.azdhs.gov/cfhs/ooH/sealant.htm>

This program is provided at NO COST TO YOU!

2 Easy steps to get started:

1. Complete the form and sign next to the ✓ at the bottom.
2. Have your child return this form to his/her teacher **RIGHT AWAY!**

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last Month/Day/Year

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Phone Number: () _____ Gender: Male Female

Teachers Name: _____ Grade: _____

This child has (check all that apply):

AHCCCS/Medicaid KidsCare Indian Health Service (IHS)
 AHCCCS or KidsCare # if known: _____ Other Dental Insurance: (Name) _____
 No Dental Insurance

CHECK THE BEST ANSWER:

❶ Does this child have any of the following? (Check all that apply)

- No Yes
- Epilepsy
- Allergies: (list) _____
- Diabetes
- Bleeding problems, blood transfusions
- Other health problem(s): _____

❷ Is this child currently taking any medicine? (Check only one)

- (0) No
- (1) Yes (list/explain): _____

❸ Has a doctor or nurse ever told you that your child has asthma?

- (0) No
- (1) Yes (If yes, please answer the next question.)

❹ Does your child currently have asthma symptoms?

- (0) No
- (1) Yes

Optional Information: The following questions will help in developing programs for children with the most need.

❺ What is this child's race?

- (1) Asian (5) White
- (2) Black/African American (6) Two or more races
- (3) Native American/Alaskan Native (7) Other
- (4) Pacific Islander/Native Hawaiian (8) Don't know/unsure

Is this child Hispanic?

- (0) No (1) Yes (2) Don't know/unsure

❻ When was this child's last dental visit? (Check only one)

- (1) Within the past year (4) Don't know
- (2) 1-3 years ago (5) Never
- (3) More than 3 years ago

PLEASE RETURN THIS FORM TO YOUR CHILD'S TEACHER - THANK YOU.

Yes, I give consent to the Arizona Department of Health Services and its partners to provide dental screenings and sealants for this child. This consent remains in effect for up to two years from the date signed and allows dental information to be shared with my child's school, AHCCCS plan or dentist to assist with obtaining needed dental care, unless withdrawn in writing by a parent or guardian.

✓ Sign Here: _____ (Signature of parent/guardian) Date _____

Program Use Only / Medical History Reviewed

Screening Provider Signature: _____ Date: _____

Tx Provider Signature: _____ Date: _____

School: _____

School ID#: _____

Record #: _____

Verified ID #: _____

Rate Code: _____

Change: Yes No



Programa Escolar de Selladores de Arizona

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Departamento de Servicios de Salud de Arizona
 Oficina de Salud Oral de la División de Salud de Mujeres y Niños
 150 North 18th Avenue Suite 320 Phoenix, AZ 85007 • <http://www.azdhs.gov/cfhs/ooh/sealant.htm>

Este programa se ofrece ¡SIN COSTO PARA USTED!

2 Pasos sencillos para empezar:

1. Llene esta forma y firme enseguida de ✓ abajo.
2. Pida a su hijo que devuelva la forma a su maestro(a) ¡DE INMEDIATO!

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre Apellido Mes/Día/Año

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: () _____ Sexo: Masculino Femenino

Maestro/a del niño/a: _____ Grado: _____

Mi niño/niña tiene (Marque todo lo aplicable):

AHCCCS/Medicaid KidsCare Indian Health Service (IHS)
 AHCCCS o KidsCare # si lo sabe: _____ Otro seguro dental: (Nombre) _____
 No Tiene seguro dental

MARQUE LA MEJOR RESPUESTA:

- 1 **¿Tiene este niño/a lo siguiente?** (Marque todo lo aplicable)
- No Si
- Epilepsia
- Alergias: (enlístelas) _____
- Diabetes
- Problemas de sangrado, transfusión de sangre
- Otros problemas de salud: _____
- 2 **¿Está tomando medicina este niño/a?** (Marque sólo uno)
- (0) No
- (1) Sí (Si es así por favor explique): _____
- 3 **¿Alguna vez le ha dicho un doctor o enfermera que su hijo tiene asma?**
- (0) No
- (1) Sí (Marque uno y si es así, por favor conteste la siguiente pregunta.)
- 4 **¿Actualmente tiene su hijo síntomas de asma?**
- (0) No
- (1) Sí

Información Opcional: Las siguientes preguntas ayudarán a desarrollar programas para los niños más necesitados.

- 5 **¿De qué raza es el niño?**
- (1) Asiática (5) Blanca
- (2) Negra (6) Dos o más razas
- (3) Indígena Americano (7) Otra
- (4) de las islas del Pacífico/Hawaiano (8) No sé/inseguro
- 6 **¿Es hispano este niño?**
- (0) No (1) Sí (2) No sé/inseguro
- 6 **Cuando fue la última visita dental de este/a niño/a?** (Marque sólo uno)
- (1) hace menos de uno año (4) No sé
- (2) hace 1 -3 años (5) Nunca
- (3) hace más de 3 años

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL MAESTRO DE SU HIJO - GRACIAS.

Sí, doy mi consentimiento al Departamento de Servicios de Salud de Arizona y a sus asociados para que hagan exámenes dentales y apliquen selladores para niños. Este consentimiento permanecerá efectivo hasta por 2 años desde la fecha en que se firma y permite que la información dental sea compartida con la escuela de mi hijo, el plan AHCCCS o dentistas para ayudar con la obtención necesaria del cuidado dental, a menos que sea expresado por escrito por uno de sus padres o el tutor.

✓ Firme aquí: _____ (Firma del padre / tutor) Fecha _____

Sólo para uso del programa / Medical History Reviewed

Screening Provider Signature: _____ Date: _____

Tx Provider Signature: _____ Date: _____

School: _____ Verified ID #: _____

School ID#: _____ Rate Code: _____

Record #: _____ Change: Yes No