



Did you know children should see the dentist every 6 months?

Dear Parent/Guardian:

The Heart That Smiles Mobile Dentists will be coming to your school on the following dates:

Serena Hills Elementary School: February 27, 2018

Please fill out the attached consent and return it to your child's school.

You can reach the Heart That Smiles directly at 708-808-4950 with any questions or concerns regarding this exciting event.

Thanks so much!



¿Sabías que los niños deben ver un dentista cada 6 meses?

Estimado: Padre/Guardián:

El Dentista Movil "El Corazón que Sonríe" va venir a su escuela en las siguientes fechas:

Serena Hills Elementary School: 27 de Febrero 2018

Porfavor complete la forma y devolverlo a la escuela de su hijo/a.

Puede llamar al Corazón que Sonríe directamente al 708-808-4950 si tiene alguna pregunta acerca de este emocionante evento.

¡Muchas Gracias!





CONSENT FOR DENTAL SERVICE

Your school and The Heart That Smiles has arranged for dental services for eligible children. These services may include exam, cleaning, fluoride treatment, and sealants (a protective coating on the chewing surfaces of back teeth). Licensed dentists, hygienists, and assistants will come to your child's school with portable equipment. **If you would like your child to participate, please complete the below information and return it to your child's school.** This will also give permission for IDPH Quality Assurance Audits to be performed and providers to return to your school to recheck your child's sealants.

School Name	Classroom	Home Phone
-------------	-----------	------------

Student Name	Date of Birth	Grade	Gender
--------------	---------------	-------	--------

Home Address	Apartment #	Zip Code
--------------	-------------	----------

Has your child had any history of, or conditions related to, any of the following:

Anemia Chronic Sinusitis Growth problems Seizures Asthma Diabetes
 Hearing Thyroid Bleeding disorders Ear aches Heart Tobacco/ drug use
 Cancer Epilepsy Latex allergy Fainting Cerebral Palsy Pregnancy (teens)
Other _____

Is your child taking any prescription and/or over-the-counter medications at this time? Yes No

If yes, please list: _____

Does your child have any speech difficulties? Yes No

Has your child ever suffered injuries to the mouth, head, or teeth? Yes No

Medicaid/ Illinois ALL KIDS: If your child is covered by ALL KIDS, please include ID number:

Name of private dental insurance: _____

Insurance Telephone Number _____ - _____ Group Number _____

Employer Name _____

Name of Insured _____ Date of Birth of Insured _____

Social Security Number of Insured Person _____

If No Dental Insurance Please Check Box Below

I have no dental insurance and I would like someone to contact me about how I can still receive these great services.

SIGNATURE: _____ **Date:** _____

By signing this form, you give permission to treat your child. Our privacy policy is available on our website. Copies available upon request. A report card will go home with your child following the dental visit. If you do not receive a form please call us at number listed below.

199900 Governor's Drive, Olympia Fields, IL, 60461 | Phone: 708-808-4950 Fax: 708-794-0466 E-Mail: info@heartsmiles.org

Web: www.heartsmiles.org



"Con nuestras manos, pero de nuestros corazones"

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIO DENTAL

El estado de Illinois Departamento de Salud y Servicios Familiares han dispuesto servicios dentales para los niños elegibles. Estos servicios podrían incluir examen, limpieza, tratamiento de fluoruro y selladores (una capa protectora sobre las superficies de masticar de los dientes posteriores). Dentistas licenciados, higienistas y asistentes vendrán a la escuela de su hijo con equipo portátil.

Nombre De La Escuela	Aula	Teléfono De Casa
Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado Género
Inicio Dirección	Apartamento #	Código Postal

Su hijo/a ha tenido un historia de, condiciones relacionadas con cualquiera de los siguientes:

- Anemia Sinusitis Crónica Problemas de crecimiento Convulsiones Asma
- Diabetes Audición Tiroides Trastornos Hemorrágicos Dolores de oído
- Corazón Tabaco / drogas Cáncer Epilepsia Alergia al Látex
- Desmayo Parálisis Cerebral Embarazo (adolescentes) Otro _____

¿Está su hijo tomando cualquier prescripción y / o medicamentos de venta libre en este momento? Sí No
 En caso afirmativo, por favor indique: _____

¿Su hijo/a tiene alguna dificultad para hablar? Sí No

Su hijo/a ha sufrido lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? Sí No

Medicaid/ Illinois ALL KIDS: Si su hijo/a está cubierto por todos los niños, por favor incluya el número de identificación:

¿Está su hijo/a cubierto por el seguro dental privado: Sí No

Nombre de la Compañía de Seguros _____
 Seguros Número de teléfono _____ - _____ Número de grupo _____
 Nombre del Empleador _____
 Nombre del Asegurado _____ Fecha de nacimiento _____
 Número de Seguro Social de la persona asegurada _____

FIRMA: _____ **Fecha:** _____

Al firmar este formulario, usted da permiso para tratar a su hijo/a. Nuestra política de privacidad esta en nuestro sitio web.

19900 Governor's Drive, Olympia Fields, IL 60461 Phone: 708-808-4950 Fax: 708-794-0466 Email: info@heartsmiles.org

Web: www.heartsmiles.org