



_____ No thank you. My child will not participate.

Child's Name: _____

Date: _____



Student Information

Last Name: _____ First Name: _____ Gender (circle): M / F

Address: _____

Race (check any that apply):

- Asian
- Native American
- Black/African American
- American Indian or Alaska Native
- White
- Hispanic/Latino
- Other: _____

This is a federal requirement.

Birthdate (month/day/year): _____ School: _____

Grade: _____ Room #: _____ Teacher: _____

Dental Insurance (circle): MEDICAID DCHIP PRIVATE NONE

Does the child have a dentist? (circle): YES / NO

Dentist's Name (if yes above): _____

Has the child been seen by a dentist in the last 6 months? (circle): YES / NO

Student Health History

Please check a box for any condition your child currently has or has had in the past:

<input type="checkbox"/> Abnormal Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Seizures/ Convulsions or Epilepsy	<input type="checkbox"/> Physical or developmental disability
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Anxiety
<input type="checkbox"/> Asthma/Breathing Problems	<input type="checkbox"/> Heart Problems		<input type="checkbox"/> Depression
	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS		

Does your child have any other medical conditions? If yes, please list:

Is your child currently on any medications? If yes, please list along with the dosage and frequency:

Does your child have any allergies? If yes, please list:

Parent/Legal Guardian Information:

Name: _____ Relationship: _____

E-mail: _____ May we send you e-mails? (circle): YES / NO

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Other Phone: _____

If we need to contact you about your child's screening results or to help you find a dentist, what is the best time and way to reach you? (circle) **BY:** PHONE CALL TEXT EMAIL **IN THE:** AM PM

Emergency Contact Information

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

By signing this consent, I hereby certify that the above information is true and complete. I consent to a screening and, if necessary, an application of fluoride varnish to help prevent cavities. I understand that if my child has Medicaid, the insurance will be billed for any services received. If my child does not have Medicaid, he/she can still participate at no cost to me. I consent to my child's Body Mass Index (BMI) being recorded during this screening by use of a scale for weight and a ruler for height. All screening results and BMI data are strictly confidential.

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____



_____ No gracias. Mi hijo no participará.

El nombre del niño: _____

Fecha: _____



Delaware Smile Check Program

Programa Escolar de Salud Bucal

Datos de su Hijo

Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza:
(Puede seleccionar más de uno)

Asiático

Nativo Americano

Afroamericano

Amerindio o nativo de Alaska

Caucásico

Hispano/Latino

Otro: _____

*Esto es un requisito federal

Dirección: _____

Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____

Nombre de la escuela: _____

Grado: ____ # de Salón: _____ Nombre del maestro: _____

¿Su hijo tiene seguro dental? Sí No

Si marco **Sí**, ¿cuál le aplica? (Elija uno) Medicaid DCHIP Privado Ninguno

¿Tiene su hijo un dentista? Sí No

Si ha marcado **Sí**, ¿cuál es el nombre del dentista? _____

¿Su hijo ha sido revisado por un dentista en los últimos 6 meses? Sí No

Historial de Salud de su Hijo

Por favor, marque la casilla si su hijo tiene o ha tenido algunas de estas condiciones:

<input type="checkbox"/> Presión arterial anormal	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Discapacidad física/desarrollo
<input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Asma/Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Depresión

Si su hijo tiene alguna otra condición, por favor indique: _____

¿Su hijo toma actualmente algún medicamento? Sí No

Si ha marcado **Sí**, indique el nombre del medicamento, la dosis y frecuencia:

¿Su hijo tiene alergias? Sí No Si respondió que **Sí**, por favor indique a que: _____

Datos del Padre o Tutor Legal

Nombre: _____ Relación: _____

Nro. de Teléfono: _____ Nro. de Celular: _____ Nro. Adicional: _____

Si necesitamos contactarlo por los resultados de la revisión de su hijo o ayudarlo a encontrar un dentista, ¿cuál es la mejor manera? Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico ¿En qué horario? Mañana Tarde

Datos del Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Nro. de Teléfono: _____ Relación: _____

Al firmar este consentimiento, certifico que la información suscrita es verdadera y completa. Yo doy consentimiento para que mi hijo sea revisado, y de ser necesario, aplicarle barniz de flúor para ayudar a prevenir las caries. Entiendo que, si mi hijo tiene Medicaid, el seguro será facturado por cualquier servicio recibido. Si mi hijo no tiene Medicaid, él/ella puede participar sin costo alguno para mí. Asimismo, consiento que el Índice de Masa Corporal (IMC) sea medido durante la revisión usándose una balanza para el peso y una regla para medir la estatura. Todos los resultados y el IMC son estrictamente confidenciales.

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____