

ALL KIDS SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM CONSENT FORM

Rev.06/17

PLEASE PRINT IN INK

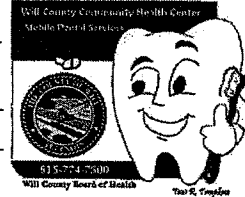
DENTAL EXAM

★ MUST BE RETURNED TOMORROW (ONLY IF YOU WANT THESE SERVICES) ★

NAME OF SCHOOL: _____

TEACHER: _____

COUNTY: _____ GRADE: _____



Services Rendered By:
309-382-6404
Miles of Smiles, Ltd.
2424 N 8th St.
Pekin, IL 61554-1547

DO YOU HAVE A DENTIST? YES / NO DENTIST'S NAME: _____ EXAM DATE: _____

PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION ONLY IF YOU WANT THESE DENTAL SERVICES



to be rendered by Miles of Smiles, Ltd at school.

Dear Parent or Guardian,
Miles of Smiles, Ltd. and The Illinois Department of Healthcare and Family Services have arranged for dental services for eligible children. These services may include an 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. In order for your child **to receive these services**, you must **PROVIDE ALL THE INFORMATION REQUESTED BELOW AND SIGN IN THE AREA INDICATED.**

YOUR CHILD'S LEGAL NAME: _____ BIRTH DATE: ____/____/____

ADDRESS: _____ GENDER: M / F

CITY/ZIP: _____ HOME PHONE: _____

DOES YOUR CHILD QUALIFY FOR FREE OR REDUCED MEALS: YES / NO
IS YOUR CHILD ENROLLED IN THE 'Medicaid/All Kids' PROGRAM: YES / NO
MCO COMPANY NAME (if not listed): _____

MCO COMPANY NAME (circle one): Aetna, BCBS, Cigna, CommunityCare, CountyCare, Family Health Network, Harmony, Humana, IlliniCare, Meridian, Molina

IF YES, INCLUDE YOUR CHILD'S RECIPIENT ID NUMBER: _____ →
Medicaid/All Kids will be billed (9 DIGIT ID NUMBER ON BACK OF MEDI-PLAN CARD)

IS YOUR CHILD COVERED BY PRIVATE DENTAL INSURANCE: YES / NO (if incomplete, only grades K, 2nd, & 6th may be eligible for an exam)

Name of Dental Insurance Company: _____

Dental Insurance Company Address: _____

Member's (employee) ID or SS #: _____ Dental Insurance plan or group number: _____

Member's name: _____ Member's Birth Date: _____

Member's Address (if different than child's): _____

Member's Phone Number (if different than child's): _____ Employer: _____

Has your child had any history of, or conditions related to, any of the following: (Please circle)					
Anemia:	YES / NO	Chronic Sinusitis:	YES / NO	Growth problems:	YES / NO
Asthma:	YES / NO	Diabetes:	YES / NO	Hearing:	YES / NO
Bleeding disorders:	YES / NO	Ear aches:	YES / NO	Heart Disease:	YES / NO
Cancer:	YES / NO	Epilepsy:	YES / NO	Latex allergy**:	YES / NO
Cerebral Palsy:	YES / NO	Fainting:	YES / NO	Pregnancy (teens):	YES / NO
				Seizures:	YES / NO
				Thyroid:	YES / NO
				Tobacco / drug use:	YES / NO
				Allergies:	
				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 known heart condition? YES / NO DESCRIBE: _____					
Does your child have any artificial joints: YES / NO IF YES, WHEN & WHAT JOINT: _____					
Has a doctor ever recommended any special precautions or pre-medication for your child's dental treatment? YES / NO					
IF YES, WHAT: _____					

IMPORTANT: PARENT/GUARDIAN SIGNATURE REQUIRED (ONLY IF YOU WANT THESE SERVICES)

I am a custodial parent or legal guardian of the minor child named above. I **authorize and consent** to this child receiving the dental treatment described, and allow the school nurse/ school representative and dental provider access to child's dental record.

This will also give permission for the Illinois Department of Public Health to provide Quality Assurance Audits by evaluation of your child's sealants that were placed at the school. Upon determination, this permission will also allow for the sealants to be replaced by the provider if indicated.

To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of the minor child's protected health information to carry out payment activities in connection with this claim. I hereby **authorize and direct payment** of the dental benefits directly to Miles of Smiles, Ltd.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

IF YOU HAVE A DENTIST, SEEK DENTAL CARE THERE! DDS INITIALS _____ RDH INITIALS _____

ALL KIDS ESCOLARES DENTAL PROGRAMA

Rev. 06/17

POR FAVOR IMPRIMA EN TINTA

DENTAL EXAMEN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

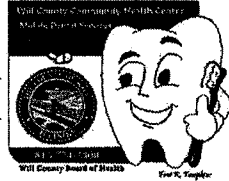
Servicios Dentales Proporcionados por:

DEBEN SER DEVUELTOS MAÑANA (SI QUIERE USTED ESTOS SERVICIOS)

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

MAESTRO(A): _____

CONDADO: _____ GRADO: _____



Miles of Smiles, Ltd.
2424 N 8th St.
Pekin, IL 61554-1547
309-382-6404



¿Tiene su niño un dentista? Sí/ No Nombre (del dentista): _____ Fecha de Examen: _____
Favor de proveer la información siguiente solamente si quiere estos servicios dentales ser dado por
Miles of Smiles, Ltd. en la escuela.

Queridos padres o guardián,
Miles of Smiles, Ltd. y el Illinois Department of Healthcare and Family Services han organizado para servicios dentales para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento de flúor y selladores (un revestimiento protector en las superficies de masticar de las muelas). Dentistas con licencia, higienistas y ayudantes llegarán a la escuela de su niño(a) con equipos portátiles. Para su niño(a) reciba estos servicios usted debe proporcionar TODA la información pidió por debajo y signo anajo.

NOMBRE legal del niño(a): _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Dirección: _____ HOMBRE / MUJER

CIUDAD/código POSTAL: _____ Teléfono Particular: _____

SU niño(a) CALIFICA PARA LAS COMIDAS GRATIS O REDUCIDAS <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	MCO NOMBRE DE EMPRESA (círculo uno): Aetna, BCBS,
ESTÁ inscrita su niño en la 'Medicaid/All Kids' PROGRAMA: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Cigna, CommunityCare, CountyCare, Family Health Network,
MCO NOMBRE DE EMPRESA (si no se encuentra): _____	Harmony, Humana, IlliniCare, Meridian, , Molina

EN CASO AFIRMATIVO, INCLUIR NÚMERO DE ID DE DESTINATARIO DE SU niño(a): _____ →
** Será facturada Medicaid/All Kids ** (9 DÍGITO ID NÚMERO SOBRE LA PARTE POSTERIOR DE MEDI-PLAN TARJETA)

Tiene su niño(a) SEGURO DENTAL PRIVADO? SI / NO (Mandarán la cuenta a la compañía de seguros dentales)
En caso afirmativo, complete por favor toda la información del seguro abajo: (si es incompleto, su hijo no es elegible; los grados K, 2 ,6 pueden recibir solo examen.)

Nombre de la compañía de seguro dental PRIVADO: _____

Dirección de la compañía de seguro dental: _____

Identificación o SS del empleado: _____ Plan de la compañía de seguros dentales o número de grupo: _____

Nombre del empleado: _____ Fecha de nacimiento del empleado: _____

Dirección del empleado: _____

de teléfono del empleado: _____ Empleador: _____

Ha tenido su niño(a) cualquier historia de, o condiciones relacionadas, cualquiera de los siguientes: (por favor círculo)							
Anemia:	SI / NO	Sinusitis crónica:	SI / NO	Problemas de crecimiento:	SI / NO	Convulsiones:	SI / NO
Asma:	SI / NO	Diabetes:	SI / NO	Audición:	SI / NO	Tiroides:	SI / NO
Trastornos hemorrágicos:	SI / NO	Dolores de oído:	SI / NO	Enfermedad Cardíaca:	SI / NO	Tabaco / drogas:	SI / NO
Cáncer:	SI / NO	Epilepsia:	SI / NO	Alergia al látex**:	SI / NO	Alergias:	
Parálisis Cerebral:	SI / NO	Desmayos:	SI / NO	Embarazo (los adolescentes):	SI / NO	Otro:	
¿Es su niño(a) tomando cualquier receta y/o sobre los medicamentos de contador en este momento?				SI / NO			
En caso afirmativo, sírvase enumerar: _____							
¿Tiene su niño alguna condición cardíaca? Sí / No Describa: _____							
¿Tiene su niño alguna articulación artificial? Sí / No ¿Si afirmativo, cuándo y cuál articulación? _____							
¿Ha recomendado un doctor algunos precauciones especiales o premedicaciones para su niño antes de tratamiento dental? Sí / No							
¿Si afirmativo, qué?: _____							

IMPORTANTE: FIRMA NECESARIO DE LOS PADRES (o guardián): Estoy privativas de libertad padres o guardián legal de los niños menores denominado anteriormente. Autorizo y consentimiento a este niño reciben el tratamiento dental descrito y permite que la enfermera escolar / escuela representativas y dental proveedor acceso al registro dental del niño.

Esto también dará permiso para el Departamento de Salud Pública de Illinois a proporcionar Auditorías de Aseguramiento de Calidad mediante la evaluación de los selladores de su hijo que se colocaron en la escuela. Tras determinar, este permiso también permitirá los selladores ser reemplazados por el proveedor si se indica.

Al grado permitió por la ley, consiento al uso y al acceso de la información protegida de la salud del niño de menor edad para realizar actividades del pago con respecto a esta demanda. Autorizo y dirijo por este medio el pago de las ventajas dentales directamente al Miles of Smiles, Ltd.

FIRMA: _____

FECHA: _____

*Si usted visita a un dentista con regularidad, favor de continuar con el mismo por examen de rutina y rayos X! DDS _____ RDH _____