WISCONSIN Seal-A-Smile

Healthy Smiles LLC is offering a preventive dental sealant program for children in **ALL** grades. This program is funded by the Wisconsin Seal-A-Smile, a collaborative program of Children's Health Alliance of Wisconsin and the Wisconsin Department of Health Services. A licensed dental provider will come to the school to provide the sealant program at **no charge** to you. The program includes assessment to determine if sealants can be done, place sealants when appropriate, and fluoride treatments. A follow-up letter will be sent home to describe what was completed and what is recommended for future needs. All procedures will follow recommendations from the American Dental Association and Centers for Disease Control and Prevention's recommendations for school-based dental sealant programs. This permission is effective for two years to replace lost sealants when checked after one year or to have sealants applied on teeth that were not sealed this year.

Child Last Name: _____**First Name**: _____ **M** ___ **F**___ **Date of Birth** ___/___/___
Address: _____ **Parent Phone #** _____
Child's Teacher: _____ **Grade**: _____
Email Address: _____

◯ **YES,** I do want my child to participate and authorize Forward Health (if applicable) to be billed by Healthy Smiles LLC for billable services. I understand that my child's Health information and Personal Identifiable Information may be shared with appropriate medical staff, Public Health Staff and Dental staff as needed and appropriate. I am aware that a copy of the HIPAA privacy policy can be requested at any time.

(Please complete, sign, and return to your child's school)

◯ **NO,** I don't want my child to participate. **(Sign and return to your child's school)**
Reason for not participating: _____

What type of DENTAL insurance does your child have?
Note: No student will be refused services based on their insurance coverage
○ Forward Health/Medicaid/BadgerCare ○ Private Insurance (i.e. Delta, Cigna) ○No Insurance

Ethnicity (select one): ○ Hispanic ○ Non-Hispanic ○ Unknown

Race (select one): ○ White ○ Black/African American ○ Asian ○ American Indian/Alaska native
○ Native Hawaiian/Pacific Islander ○ Unknown/not available

If participating, please answer the following questions about your child: (Circle one)

YES NO 1.Does your child use medicine prescribed by a doctor?
If yes, what kind? _____
YES NO 2. Does your child need or use more medical care than other children the same age?
YES NO 3. Does your child have trouble doing things most children the same age can do?
YES NO 4. Does your child need or get special therapy, such as physical therapy, occupational therapy, or speech therapy?
YES NO 5. Does your child need counseling or treatment for behavior problems, emotional problems, or delays in walking, talking or activities other children the same age can do?
YES NO 6. **If you selected "yes" to any of the questions (1-5) above:** Has this problem lasted or is expected to last at least 12 months?
YES NO 7. **Does your child have any allergies? (i.e., medications, food, latex, etc.)**
If yes, what type? _____
YES NO 8. Is it ok to use your child's photo in newspaper or press release?

Has your child been seen by a dentist? ○ Yes, within one year ○ Yes, over one year ago ○ Never
Name of your child's primary dentist: _____

****The treatment which your child will receive in this program is not meant to be an alternative to regular dental care. It is still strongly recommended that you seek out a dental home (family dentist) for routine care including any follow up care which may be recommended after your child has completed this school based oral health program. Photos may be taken on occasion, but they will be for educational purposes only and no child will be identifiable.**

_____/_____Date _____/_____/____
(Signature) parent/guardian (print) parent/guardian

Return this to your school within two weeks, go to https://sealasmile.wisconsin.gov/Consent,

OR use QR Code to sign your child up today!

Healthy Smiles LLC está ofreciendo un programa preventivo de dentales para TODOS los estudiantes. Este programa es financiado por el programa de Wisconsin Seal-A-Smile, en colaboración con Children's Health Alliance de Wisconsin y Wisconsin Departmento de Servicios de Salud. Un proveedor de servicios dentales capacitado irá a la escuela para brindarle este programa de selladores dentales sin ningún costo. El programa incluye: evaluación para determinar si puede recibir el sellador, un tratamiento con fluoruro, y instrucciones para cepillarse los dientes con un cepillo nuevo. Se le enviará una carta para dar seguimiento a su casa para describir lo que se le hizo y lo que se recomienda en el futuro. Todos los procedimientos seguirán las recomendaciones de la Asociación Dental Americana y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades al darle las recomendaciones preventivas del programa escolar de selladores dentales. Este permiso estará vigente durante dos años con el fin de remplazar los selladores perdidos al revisárselos después de un año o para aplicar selladores en aquellos dientes que no fueron sellados este año.

Apellido del Niño: _____ **Nombre**: _____ **Fecha de nacimiento** ___/___/___
Domicilio: _____ **Teléfono del Padre#** _____
Maestro del Niño: _____ **Grado**: _____
Correo Electrónico: _____ **Circulo uno: Masculino Hembra**

◯ **SÍ,** quiero que mi hijo participe en el programa escolar de prevención dental y autorizo el cobro a Forward Health o a cualquier otra compañía de seguros por los servicios facturables por Healthy Smiles LLC. Entiendo que la información de salud y la información de identificación personal de mi hijo pueden compartirse con el personal médico apropiado, el personal de salud pública y el personal dental según sea necesario y apropiado. Soy consciente de que se puede solicitar una copia de la política de privacidad de HIPAA en cualquier momento.

(Llene el resto del formulario a continuación y devuélvalo a la escuela de su hijo)

◯ **NO** quiero que mi hijo participe en el programa escolar de prevención dental. (Firme aquí y devuélvalo a la escuela de su hijo)
¿Por qué motivo no desea participar? _____

¿Qué tipo de seguro DENTAL tiene su hijo?
Nota: No se negarán los servicios a ningún estudiante en base a la cobertura de su seguro
○ Forward Health/Medicaid/BadgerCare ○ Seguro privado (ej. Delta, Cigna) ○ Sin seguro

Grupo étnico (seleccione uno): ○ Hispano ○ No hispano ○ Desconocido

Raza (seleccione una:) ○ Blanca ○ Negra o Afroamericana ○ Asiática ○ Amerindia o Nativa de Alaska
○ Nativa de Hawái o las Islas del Pacífico ○ Desconocida o no disponible

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su hijo: (Marque una respuesta)

SÍ NO A. ¿Usa su hijo medicamentos recetados por un doctor?
Si afirmativo, ¿cuáles? _____
SÍ NO B. ¿Necesita o usa su hijo más cuidados médicos que los demás niños de la misma edad?
SÍ NO C. ¿Tiene su hijo problemas para hacer algo que la mayoría de los niños de la misma edad puedan hacer?
SÍ NO D. ¿Necesita o recibe su hijo algún tipo de terapia especial, como física, ocupacional o del habla?
SÍ NO E. ¿Necesita su hijo consejería o tratamiento para los problemas conductuales, emocionales o retrasos en el caminar, hablar o par hacer actividades que otros niños de la misma edad pueden hacer?
SÍ NO **Si marcó que "sí" a una de las preguntas anteriores (A-E):** ¿Ha durado o se espera que dure este problema por lo menos 12 meses?
SÍ NO **¿Tiene su hijo alguna alergia? (ej. A medicamentos, alimentos, látex, etc.)**
Si afirmativo, ¿A qué es alérgico? _____

¿Ha visitado su hijo al dentista? Sí, dentro del último año Sí, hace más de un año Nunca
Nombre del dentista principal de su hijo: _____

*** El tratamiento que recibirá su hijo en este programa no será una alternativa a la atención dental regular. Aún se recomienda que busque a un dentista para la atención dental de rutina que incluye cualquier atención de seguimiento que pueda recomendarse después de que su hijo haya completado este programa de salud oral en la escuela.**

_____/_____Fecha ____/____/___
(Letra de Imprenta) Nombre del padre o tutor legal (Firma) Padre o tutor legal

Devuelva esto a su escuela dentro de dos semanas, vaya a
https://sealasmile.wisconsin.gov/Consent,
¡O use el código QR para inscribir a su hijo hoy!