# DENTAL SCREENING CONSENT FORM

Dear Parent/Guardian:

We want to improve the oral health of the children in our community!

A licensed Dentist or a Registered Dental Hygienist will screen (visually check) your child's gums and teeth on

May 7th & May 8th at P.S. 97Q - The Forest Park School Class # _____
*(Date)* *(Place)*

This preventive program does not take the place of regular dental care.

***The dental screening will be FREE for all children who return the completed consent form.***

**Please complete the following information and return it as soon as possible.**

Name of Child: _____
*(Please print)* *(First Name)* *(Middle Initial)* *(Last Name)*

Child's Date of Birth: _____ Gender: ☐ Male ☐ Female
*(Month)* *(Day)* *(Year)*

Home phone: _____ Cell phone: _____

E-mail Address: _____

**Consent to Dental Screening**

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic dental screening. This does not take the place of a thorough dental examination. I would need to secure the service of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination necessary to establish and maintain good oral health. You are also hereby consenting to the sharing of the results of the dental screening with the school's staff.

I also understand that receiving this dental screening does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. I am free to establish such a doctor-patient relationship for my child in the future with the dentist performing this screening or another dentist of my choice. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the oral health consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below. I understand that the screening is only a limited means for an assessment and I must secure the services of a dentist or dental clinic.

**Signature of Parent/Guardian: _____Date _____**

If your child has **no health insurance**, please contact the NY State Health Exchange to learn about health insurance options available for you/your child(ren).

They may be contacted at: Website: www.nystateofhealth.ny.gov or Phone: (855) 355-5777

# CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN DENTAL

Estimado Padre/Guardián:

Un Dentista con licencia o un higienista dental registrado hará un examen dental (chequeo visual) de las encías y los dientes de su hijo(a).

El 7 de Mayo y 8 de Mayo en P.S. 97Q - The Forest Park School # de Clase _____
*(Fecha)* *(Lugar)*

Este programa de prevención no tomara el lugar de los exámenes dentales rutinarios y deberá continuar llevando a su hijo(a) con su dentista.

**El examen dental será GRATIS para todos los niños que regresen el formulario de permiso completo.**

**Este formulario debe ser regresado lo más pronto posible.**

Nombre del Niño(a): _____
*(Escriba en letra de molde)* *(Nombre)* *(Apellido)* *(Inicial)*

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ Niño ☐ Niña
*(Mes)* *(Día)* *(Año)*

Número de Teléfono: _____ Número de Celular:_____

Correo Electrónico: _____

**Consentimiento para Examen Dental**

Yo entiendo que al firmar este formulario estoy autorizando que el niño nombrado arriba reciba un examen dental básico. Esto no toma el lugar de un examen dental completo. Yo tendría que asegurar los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo a fin de establecer y mantener una buena salud oral. Por este medio, usted consiente compartir los resultados de la evaluación dental con el personal de la escuela.

También entiendo que al recibir este examen dental no estableceré una relación nueva, en curso o continua del médico al paciente. Puedo establecer una relación del médico al paciente para mi niño en el futuro con el dentista que llevará a cabo este examen dental u otro dentista de mi elección. Adicionalmente, no haré responsable al dentista o los que hagan este asesoramiento por las consecuencias orales o resultados si decido NO seguir las recomendaciones dadas. Entiendo que el examen es solo un asesoramiento limitado y que debo asegurar los servicios de un dentista o de una facilidad dental.

**Firma de Padre/Guardián:** _____ **Fecha** _____

Si su hijo **no tiene seguro médico**, comuníquese con NY State Health Exchange (Bolsa de Seguro de Salud del Estado de Nueva York) para conocer las opciones de seguro médico disponibles para usted y su(s) hijo(s).
Contacto: Sitio web: www.nystateofhealth.ny.gov o Teléfono: (855) 355-5777