

University of South Dakota
Department of Dental Hygiene
School-based Preventive Dental Program Permission Slip

The University of South Dakota Dental Hygiene Department has a School-based Preventive Dental Program and we're coming to your child's school to provide **FREE** dental screenings. We also offer dental cleanings, x-rays, fluoride varnish treatments and sealants for payment to children with their parent(s)' permission. **The program is intended to provide care for children who have not seen a dentist in the past 2 years. If you routinely see a dentist, please consult with him/her prior to scheduling with us. This appointment does not replace your routine visit with a dentist as we do not have a dentist on site.** With your permission, your child will be seen during school hours at the school in our portable dental office. You will receive information from us after your child is seen to let you know if we have any concerns about your child's teeth and to let you know what we did. Thank you for providing the following information and permission.

School _____ Date _____ Child's name _____ Grade _____

DOB _____ Age _____ Sex _____ Ethnicity _____ Parent/Guardian's name _____

Phone number _____ Email address _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Has your child been hospitalized in the last 3 years? [] Yes [] No Comments: _____

Are you seeing a physician at this time? [] Yes [] No If yes, give reason: _____

Is your child currently ill with a communicable disease? [] Yes [] No Comments: _____

Does your child have any allergies? [] Yes [] No List: _____

Does your child take any medications? [] Yes [] No List: _____

Do you have any concerns about your child's teeth? [] Yes [] No Comments: _____

When was your child's last dental appointment? _____ Dentist Name: _____

***Does your child have private dental insurance?** [] Yes or [] No **If yes, please identify cardholder's DOB** _____
and place of employment _____. **Policy number if wanting procedures billed to insurance** _____.

In addition, please provide a **copy of your dental insurance card**. We will be happy to bill insurance for you.

***If your child would like any additional services other than the free dental screening, please make checks payable to, USD DH, and staple it to this permission slip. Checks must be attached to the permission slip or additional services will not be provided.**

***Is your child enrolled in the state Title XIX/ Medicaid or SCHIP program?** [] Yes [] No If yes, ID#: _____.

I give the University of South Dakota Dental Hygiene Department permission to see my child for the following procedures **(All procedures are free for Medicaid eligible students):**

_____ **Free** Dental Screening: A visual review of the mouth to determine the health/disease status in order to refer to a dentist. **This does not include or replace a complete dental exam done by a dentist.**

_____ **\$25.00** Dental Sealants: A protective coating placed on molars to prevent/slow the formation of cavities.

_____ **\$10** Fluoride treatment: A protective coating painted on teeth to prevent/slow the formation of cavities.

_____ **\$45** Dental Cleaning: Teeth cleaning and polishing.

_____ **\$10** Dental x-rays: Can be sent to a dentist for evaluation. Please provide Dentist Name & Location: _____

_____ **Free Silver Diamine Fluoride:** Decay arresting medicament—can be placed on possible areas of decay that may help slow or stop the progression of decay. THIS IS NOT A FILLING. If the tooth is demineralized or decayed, the area **WILL TURN BLACK.**

In consideration of allowing treatment, I agree to hold harmless, release, and indemnify agents, servants, and students of the University of South Dakota and its employees including, but not limited to dentists, and dental hygiene faculty, as well as agents and servants from my child's school district including, but not limited to teachers, staff, administration, and school boards, from any and all causes of action, claims, demands, or liability which may arise out of such treatment on behalf of myself, my heirs, my executors, administrators or assigns or on behalf of my minor child or children or his/her (their) heirs, executors, administrators or assigns. I also give permission for the school to be made aware of dental referral needs for the student.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

This program was made possible with funds from the HRSA Rural Health Outreach Grant Program. Please call Delta Dental Oral Health Center @ 605-658-5959, or email dh@usd.edu with any questions.

Universidad de Dakota del Sur
Departamento de Higiene Dental
Nota de permiso para el programa dental preventivo en la escuela

El departamento de higiene dental de la Universidad de Dakota del Sur (USD) tiene un programa dental preventivo en la escuela a través del cual nosotros y vamos a niño en la escuela. Los estudiantes de higiene dental de USD y los miembros de la facultad proporcionarán **gratuitamente**, exámenes dentales para aquellos niños con permiso de su(s) padre(s). **Este programa solo es para niños que no han tenido una cita dental en los últimos dos años. Si ya tiene un dentista habitual, consulte con él/ella antes de hacer una cita con nosotros. Esta cita no reemplaza la visita de rutina con su dentista ya que no le atenderá un dentista.** Con su permiso, su niño será evaluado durante el horario escolar en nuestro consultorio dental móvil. Nos alegraría que su niño pudiera participar. Recibirá información evaluación y posibles complicaciones que hayamos visto en los dientes de su niño. Gracias de ante mano por proveernos la siguiente información y permiso.

Escuela _____ Fecha _____ Nombre del niño _____ Grado _____
 FdN _____ Edad _____ Sexo _____ Etnia _____ Nombre del padre o tutor _____
 Número telefónico _____ Correo electrónico _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿En los últimos tres años, ha estado hospitalizado el niño? [Sí [No Comentarios: _____
 ¿Actualmente, visita a su médico? [Sí [No En caso afirmativo, indique las razones: _____
 ¿Actualmente, tiene su niño una enfermedad transmisible? [Sí [No Comentarios: _____
 ¿Tiene alguna alergia el niño? [Sí [No Haga una lista: _____
 ¿Toma medicamento el niño? [Sí [No Haga una lista: _____
 ¿Tiene usted alguna preocupación por los dientes del niño? [Yes [No Comentarios: _____
 ¿Cuándo fue la última cita dental del niño? _____ Nombre del dentista: _____

*¿Tiene el niño seguro dental privado? [Sí o [No En caso afirmativa, por favor, indique la FdN del titular _____ y el lugar de empleo _____. Número de póliza si quiere que el seguro pague por los tratamientos _____. Además, provea **una copia de su tarjeta de seguro dental**. Podemos facturar el seguro por usted.

*Si desea limpieza dental o radiografías para el niño además de los servicios gratuitos, **por favor escriba el cheque a nombre de USD DH, y engrápelo a este permiso. El cheque debe estar engrapado a este permiso o los servicios adicionales no serán proporcionados.**

*¿Esta el niño inscrito en el programa estatal de *Title XIX/ Medicaid* o *SCHIP*? [Sí [No En caso afirmativo,

ID#: _____. **Nosotros cobraremos los servicios preventivos a Medicaid/SCHIP.**

Por la presente autorizo al departamento de higiene dental de la universidad de Dakota del sur permiso para hacer los siguientes tratamientos a mi niño:

_____ Examen dental **gratuito**: Una revisión visual de la boca para determinar el estado de salud/enfermedad y recomendar una visita al dentista.

No incluye o reemplaza un examen dental completo de un dentista.

_____ Tratamiento de fluoruro **\$10**: una capa protectora sobre los dientes para prevenir/frenar careas.

_____ Sellantes dentales **\$25**: una capa protectora place sobre los molares para prevenir/frenar careas.

_____ **\$45 (Gratuito para estudiantes elegibles de Medicaid)** Limpieza dental: Limpiar y pulir los dientes.

_____ **\$10 (Gratuito para estudiantes elegibles de Medicaid)** Radiografías dentales: Podemos enviarse a un dentista para ser evaluadas _____

Al aceptar este tratamiento, acepto la inocencia y no culpabilidad de agentes, servidores y estudiantes de la universidad de Dakota del sur y sus empleados incluyendo pero no limitado a dentistas, miembros de la facultad de higiene dental así como agentes y servidores del distrito escolar del niño incluyendo pero no limitado a educadores, personal, administrativos y miembros del consejo escolar por cualquier acción, exigencia, reclamo o litigio de demanda que pudiera surgir como resultado del tratamiento realizado en mi persona, mis herederos, ejecutores, administradores y representantes personales o herederos, ejecutores, administradores y representantes personales del niño. Así mismo autorizo que se informe a la escuela sobre cualquier recomendación que pudiera requerir el estudiante.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Este programa fue posible gracias a los fondos proporcionados por el programa HRSA Rural Health Outreach Grant. En caso de preguntas, por favor, contacte 605-658-5959 o por correo electrónico a dh@coyotes.usd.edu.