

Oral Health Program Permission Form
Formulario de Permiso para Participar en el Programa de Salud Bucal

Child's Name/ Nombre del Niño/a:		Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	First/Nombre Last/Apellido		Month/Day/Year Mes/Día/Año
☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino			

Please complete and return this form/ Por favor complete y regrese este formulario.

- ☐ **YES**, I give permission for my child to participate in the County of San Luis Obispo Oral Health Program.
SÍ, doy permiso para que mi hijo/a participe en el Programa de Salud Bucal del Condado de San Luis Obispo.
- ☐ **NO**, I do **NOT** give permission for my child to participate in the County of San Luis Obispo Oral Health Program.
NO, NO doy permiso para que mi hijo/a participe en el Programa de Salud Bucal del Condado de San Luis Obispo.

General Information/Información General:

1. What language does your child speak best?/¿Qué idioma habla mejor su hijo/a? ☐ English/Inglés ☐ Spanish/Español
☐ Cantonese/Cantonés ☐ Mandarin/Mandarín ☐ Vietnamese/Vietnamita ☐ Korean/Coreano ☐ Other/Otro

What language do you speak at home?/¿Cuál es el idioma que usted habla en casa? ☐ English/Inglés
☐ Spanish/Español ☐ Cantonese/Cantonés ☐ Mandarin/Mandarín ☐ Vietnamese/Vietnamita ☐ Korean/Coreano
☐ Other/Otro

2. What is your child's race?/¿Cuál es la raza de su hijo/a? ☐ Alaskan/American Indian/Indio de Alaska/Indio Americano
☐ Asian/Asiático ☐ Black/African-American/Negro/Afro-Americano ☐ Hispanic/Latino/Hispano/Latino ☐ Pacific
Islander/Islas del Pacifico ☐ White/Caucasian/Blanco/Caucásico ☐ Multi Racial/Multiracial ☐ Other/Otro

What is your race?/¿Cuál es su raza? ☐ Alaskan/American Indian/Indio de Alaska/Indio Americano
☐ Asian/Asiático ☐ Black/African-American/Negro/Afro-Americano ☐ Hispanic/Latino/Hispano/Latino
☐ Pacific Islander/Islas del Pacifico ☐ White/Caucasian/Blanco/Caucásico ☐ Multi Racial/Multiracial
☐ Other/Otro

Health Information/Información sobre la Salud:

1. Does your child see a dentist for regular checkups?/¿Su hijo/a visita a un dentista para chequeos regulares?
☐ YES/SÍ ☐ NO/NO

If yes, name of the dentist/En caso afirmativo, nombre del dentista _____

2. In general, how would you describe the health of your child's teeth and mouth?/¿En general, cómo describiría la salud de los dientes de su hijo/a y la salud de su boca?

☐ Excellent/Excelente ☐ Very Good/Muy buena ☐ Good/Buena ☐ Fair/regular ☐ Poor/Mala

Please complete next page/ Por favor complete la próxima página



Acknowledgment of Notice of Privacy Practices
El Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

I hereby acknowledge that I have been offered or have received a copy of San Luis Obispo County Health Agency's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice is posted in the reception area of each clinic, and I will be offered a copy of any amended Notice of Privacy Practices at each visit.

Reconozco por este medio que me han ofrecido o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Pública del Condado de San Luis Obispo. También reconozco que una copia del Aviso actual está fijado en el área de recepción de cada clínica, y me ofrecerán una copia de cualquier Aviso enmendado de Prácticas de Privacidad en cada visita.

Signature of Patient or Parent/Guardian: _____ Date: _____
Firma del Paciente o Padres/Guardián Fecha

If Parent/Guardian, State Relation to Patient: _____
Si Padres/Guardián, su Relación con el Paciente

Consent for Examination and Treatment/Consentimiento para Examen y Tratamiento

I understand that the County of San Luis Obispo Public Health Department may use my child's health information for treatment and health care operations such as a referral to a dental provider. I consent to having my contact information shared with a dental provider(s) as part of the referral process. I have read and understand the dental program and services that may be provided to my child. I consent to have my child participate in the program. I understand that these services do not substitute for an examination by a dentist and that my child should obtain an examination by a dentist within 90 days if they have not had one. If needed, this program will provide a list of dentists in my area. I understand that my child may continue to receive dental care from any other provider.

Entiendo que el Departamento de Salud Pública del Condado de San Luis Obispo (County of San Luis Obispo Public Health Department) puede utilizar la información sobre la salud de mi hijo/a para proveerle tratamiento y atención médica como una referencia a un proveedor dental. Yo doy el consentimiento de que mi información sea compartida con el proveedor dental o proveedores dentales como parte del proceso de referencia. Yo he leído y entendido el programa dental y los servicios que pueden ser proporcionados a mi hijo/a. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en el programa. Entiendo que estos servicios no son un sustituto para un examen realizado por un dentista y que mi hijo/a debe obtener un examen realizado por un dentista dentro de 90 días si no lo ha tenido. Si es necesario, este programa me proporcionará con una lista de dentistas en mi área. Entiendo que mi hijo/a pueda seguir recibiendo atención dental de cualquier otro proveedor.

_____/_____/_____

Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre, Madre o Tutor

Date/Fecha

Relationship to child/
Relación con el niño/a

Print name/Nombre en molde:

Phone number/Número de teléfono:

Site/Location:

For program use only/para uso del programa solamente

Date		
Screening Results	Y	N
Poss Decay/SDF		
Caries Exp/SDF		
Has Sealants		
Sealant Referral		
Urgency		

Date		
Screening Results	Y	N
Poss Decay/SDF		
Caries Exp/SDF		
Has Sealants		
Sealant Referral		
Urgency		

Date		
Screening Results	Y	N
Poss Decay/SDF		
Caries Exp/SDF		
Has Sealants		
Sealant Referral		
Urgency		

DDM # _____