



Date

Future Smiles is a non-profit program dedicated to help children achieve a lifetime of dental wellness by providing a wide range of educational, preventive, and restorative services. Coordinated dental hygiene services from a dental hygienist and/or general dentist include dental screenings/exams, xrays, dental cleanings, fluoride varnish, and dental sealants. This consent form is for dental hygiene services only. Restorative services including fillings and extractions may be available at the NWP Dental Wellness Center and require a separate consent or will be referred to your current dental home or partnering community dental office/clinic.

Future Smiles es un programa sin fines de lucro dedicado a ayudar a los niños a lograr una vida de bienestar dental al proporcionar una amplia gama de servicios educativos, preventivos y de restauración. Los servicios coordinados de un higienista dental y un dentista general incluyen exámenes/exámenes dentales, radiografías, limpiezas dentales, barniz de fluoruro, Y selladores dentales. Esta forma de consentimiento es solo para los servicios dentales de higiene. Los servicios de restauración son disponibles en el NWP Dental Wellness Center y requieren una forma de consentimiento separada, o pondrán ser referidos a su oficina dental o a las oficinas dentales de clínicas comunitarias.

Language

English

Spanish

First name

Primer nombre

Last name

Apellido

Student ID #

Numero de estudiante #

Date of Birth

Fecha de nacimiento

Gender

Género

Female/Femenino

Male/Masculino

Telephone #

Teléfono

Alternative Telephone # Numero de telefono alternativo



Date

Address

Domicilio

Address Line 2

Numero de apartamento o unidad

City

Ciudad

State

Estado

Zip Code

Codigo postal

Email

Correo electrónico

Race

Raza del niño

African American/Black  
Americano africano/negro

Asian  
Asiático

Caucasian/white  
Blanco/caucásico

Hispanic  
Hispana

Native American/Native Alaskan  
Nativo Americano/Nativo Alaska

Native Hawaiian/Pacific  
Islander Nativo hawaiano/isleño  
del Pacífico

Other  
Otros

School

Escuela

Grade

Grado de

Does your child receive free or reduced  
lunch at school?

Yes/Si

No

Su hijo recibe almuerzo gratis o  
almuerzo reducido en la escuela?

Is your child on an IEP (Individualized  
Learning Plan)?

Yes/Si

No

Esta su hijo en un IEP (Plan de  
aprendizaje individualizado)?



Date

Please check the box if you do not want your child to receive any specific services  
 Por favor indique si usted no desea que su hijo reciba servicios específicos

	I do not want my child to receive sealants No quiero que mi hijo reciba selladores
	I do not want my child to have a dental cleaning No quiero que mi hijo tenga una limpieza dental
	I do not want my child to have dental x-rays No quiero que mi hijo reciba radiografías dentales
	I do not want my child to take a satisfaction survey No quiero que mi hijo tome una encuesta de satisfacción
	I do not want my child to have fluoride varnish No quiero que mi hijo reciba barniz de fluoruro
	I do not want messages left on my phone No quiero mensajes en mi teléfono
	I do not want my child's CCSD data reviewed No quiero datos que revisen datos de CCSD de mi hijo/a

Initial Here  
Inicie Aquí

YES, I authorize a public health dental hygienist or public health dentist to assess the permanent molars/premolars of my child and then authorize placement of dental sealants on those teeth that are indicated by staff of Future Smiles, dental/dental hygiene students, and/or volunteer dentists/dental hygienists. I also authorize all preventive dental services to include dental cleaning, fluoride varnish, and x-rays of my child's teeth. I agree to accept appointment reminders and other messages on my phone and email, allow my child's image to be used by Future Smiles, to take a satisfaction survey and review of my child's CCSD data for program evaluation and promotion. I agree not to hold Future Smiles or its partners liable for any negative reactions as a result of care received for my child or myself. If applicable, I approve the billing of Medicaid/CHIP or private insurance for services provided.

Sí, autorizo a un higienista dental de salud pública o dentista para evaluar los molares/premolares permanentes de mi hijo y luego autorizo la colocación de selladores dentales en los dientes indicados por el personal de Future Smiles, estudiantes de higiene dental/dental y/o voluntario Higienistas dentales. También autorizo que todos los servicios dentales preventivos incluyan limpieza dental, barniz de fluoruro y radiografías de los dientes de mi hijo. Estoy de acuerdo en aceptar recordatorios de citas y otros mensajes en mi teléfono y correo electrónico, permitir que Future Smiles utilice la imagen de mi hijo, para realizar una encuesta de satisfacción y revisar los datos de CCSD de mi hijo para la evaluación y promoción del programa. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a Future Smiles ni a sus socios por reacciones negativas como resultado de la atención recibida por mi hijo o por mí. Si corresponde, apruebo la facturación de Medicaid / CHIP o seguro privado por los servicios prestados.

Parent/Guardian Printed Name Padre/Guardian nombre escrito:

Parent/Guardian Signature Padre/Guardian firma: