



Dear Parent/Guardian,

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.

Future Smiles is excited to come to your child's school and provide dental services this school year.

This includes education on how to properly take care of their teeth, and we will provide them with a **new toothbrush and toothpaste**.

Direct services from a dental hygienist include a **dental screening, dental cleaning, protective dental sealants, Curodont, and fluoride varnish** to help keep teeth safe and healthy.

These services will be provided during the school day for your convenience. We will send home their new toothbrush and a letter stating what was observed and completed while in our care.

We look forward to seeing your child. **To be able to provide services please read the attached consent and fill it out completely, front and back, making sure to sign it** and have your child bring it back as soon as possible.

Your child's participation is voluntary and those eligible for services include:

- CCSD students age 18 and younger
- Non-CCSD students 18 and younger who have a sibling in CCSD
- Uninsured
- Medicaid/CHIP or private insurance

Thank you again and we can't wait to see your child.

- Future Smiles

We require a new consent form filled out at the start of each school year for children new to Future Smiles and those previously seen by Future Smiles. You are welcome to contact us at any time you feel your child may need our services. If we do not receive any contact from a parent/guardian, we will assume you do not want services and will not see your child. Below is a QR code linking you to our website where you can print a copy of our HIPAA policies and learn more about our organization.





Estimado Padre / Tutor,

Future Smiles es un programa sin fines de lucro dedicado a ayudar a los niños a lograr una vida de bienestar dental brindándoles una amplia gama de servicios educativos, preventivos y restaurativos.

Future Smiles se complace en venir a la escuela de su hijo y brindar servicios dentales este año escolar.

Esto incluye educación sobre cómo cuidar adecuadamente sus dientes y les proporcionaremos un **nuevo cepillo de dientes y pasta dental**.

Los servicios directos de un higienista dental incluyen un **examen dental, limpieza dental, radiografías, selladores dentales protectores, Curodont y barniz de fluoruro** para ayudar a mantener los dientes seguros y saludables.

Estos servicios se brindarán durante el día escolar para su conveniencia. Enviaremos a casa un nuevo cepillo de dientes y una carta indicando lo que observaron y completaron mientras estuvieron bajo nuestro cuidado.

Esperamos ver a su hijo(a). **Para poder brindar servicios, lea el consentimiento adjunto y llénelo por completo, por delante y por detrás asegurándose de firmarlo** y pedirle a su hijo(a) que lo traiga lo antes posible.

La participación de su hijo(a) es voluntaria y los elegibles para los servicios incluyen:

- Estudiantes del CCSD de 18 años o menos
- Sin seguro
- Estudiantes que no pertenecen al CCSD de 18 años o menos y que tienen un hermano en CCSD
- Medicaid/CHIP o seguro privado

Gracias de nuevo y esperamos con gusto ver a su hijo(a).

- Future Smiles

Requerimos que se complete un nuevo formulario de consentimiento al comienzo de cada año escolar para los niños nuevos en Future Smiles y aquellos atendidos anteriormente por Future Smiles. Le invitamos a ponerse en contacto con nosotros en cualquier momento que crea que su hijo(a) pueda necesitar nuestros servicios. Si no recibimos ningún contacto de un padre/tutor, asumiremos que usted no desea los servicios y no veremos a su hijo. A continuación, se muestra un código QR que lo junta a nuestro sitio web donde puede imprimir una copia de nuestras políticas HIPAA y obtener más información sobre nuestra organización.





Please check this box if you **DO NOT** want your child to be seen by Future Smiles. No further information needs to be filled out. ☐

Por favor, marque esta casilla si **NO DESEA** que su hijo sea asistido por Future Smiles. No es necesario completar más información. ☐

In order for your child to receive these services, you must PROVIDE ALL THE INFORMATION REQUESTED BELOW AND SIGN IN THE AREAS INDICATED. By filling this consent out, you authorize a public health dental hygienist or dentist to assess the child's oral health and authorize dental services on those teeth that are indicated by staff of Future Smiles, dental hygiene students, and/or volunteer dentist/ dental hygienists. I agree not to hold Future Smiles or its partners liable for any negative reactions as a result of care received for my child. If applicable, I approve the billing of Medicaid/CHIP or private insurance for services provided.

Para que su hijo(a) pueda recibir estos servicios, SE TIENE QUE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y FIRMAR EN LAS AREAS INDICADAS. Al completar este consentimiento, usted autoriza a un higienista dental o dentista de salud pública a evaluar la salud bucal de su hijo(a) y autoriza servicios dentales en los dientes indicados por el personal de Future Smiles, los estudiantes de higiene dental y/o dentista/higienista dental voluntario. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a Future Smiles ni a sus socios por ninguna reacción negativa como resultado de la atención recibida por mi hijo(a). Si corresponde, apruebo la facturación de Medicaid/CHIP o seguro privado por los servicios prestados.

Child Information/Información del niño(a)

Name of child/Nombre de niño(a): _____

Student ID#/Numero de estudiante #: _____ Date of birth/Fecha de Nacimiento: MM-DD-YYYY

Home Address/Domicilio: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: NV Zip/Código postal: _____

Telephone/Telefono: _____

Gender/Genero: Female/Mujer ☐ Male/Hombre ☐

Race/Ethnicity/Raza del niño:

☐ Asian/Asiático

☐ Hispanic/Hispano

☐ White/Blanco

☐ African American/Black/Africano Americano/Negro

☐ American Indian/Alaska Native/Nativo Americano/Nativo Alaska

☐ Native Hawaiian/Pacific Islander/Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico

☐ Mixed Race/Raza Mixta

☐ Other/Otro

School/Escuela: _____ Teacher/Profesor: _____

Grade/Grado: _____ Room #/Salón de clase: _____ Preferred Language/Idioma Preferido _____

Services: Please place an X to indicate if you **DO NOT** want your child to receive any specific services.

Servicios: Por favor marque una "X" si usted **NO QUIERO** que su hijo(a) reciba servicios específicos.

_____ I **DO NOT** want my child to receive sealants/**NO QUIERO** que mi hijo(a) reciba selladores

_____ I **DO NOT** want my child to have fluoride varnish/**NO QUIERO** que mi hijo(a) reciba barniz de fluoruro

_____ I **DO NOT** want my child's image used by Future Smiles/**NO QUIERO** la imagen de mi hijo(a) sea utilizada por Future Smiles

_____ I **DO NOT** want Curodont for demineralization/**NO QUIERO** Curodont para la desmineralización

_____ I **DO NOT** want my child to have a dental cleaning/**NO QUIERO** que mi hijo reciba 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 messages left on my phone/**NO QUIERO** mensajes a mi teléfono o texto

_____ I **DO NOT** want my child's CCSD data reviewed/**NO QUIERO** que se revisen los datos de CCSD de mi hijo(a)

_____ I **DO NOT** want my child to take a satisfaction survey/**NO QUIERO** que mi hijo(a) tome una encuesta de satisfacción

Parent/Guardian Information/Información de Padres/Guardián REQUIRED/REQUERIDO

Email/Correo Electrónico Familia/Guardián: _____ Date/Fecha: _____

Parent/Guardian Name/Nombre del Padre/Guardián: _____

Parent/Guardian Signature/Firma de Padre/Guardián: _____



Insurance/Seguro Dental

Does your child have/Tiene su hijo(a): ☐ Medicaid ☐ Private insurance/Seguro privado ☐ No insurance/Sin seguro

Name of Insurance Company/Nombre de la compañía de seguro: _____

Insurance ID#/Número de identificación #: _____

If you are uninsured, are you interested in Medicaid enrollment assistance with Future Smiles? ☐ YES ☐ NO

¿Si usted no tiene seguro dental, está interesado en la ayuda para la inscripción del Medicaid con Future Smiles? ☐ SI ☐ NO

Dental History/Historia Dental

Date of last dental visit/Fecha de la última visita dental: _____

Does your child have an established dentist/Tiene su hijo(a) un dentista establecido? ☐ YES/SI ☐ NO

Is your child experiencing dental pain/El niño(a) tiene algún dolor dental? ☐ YES/SI ☐ NO

Medical History/Historia Medical

Please list any prescription or non-prescription medications your child is taking/ Por favor indique cualquier medicamento recetado o no recetado que esta tomando su hijo(a)

Please list if your child has any allergies (nuts, dairy, medications, seasonal, etc)/ Por favor indique si su hijo(a) tiene alguna alergia (nuez, lácteos, medicina, estacional)

Please list if your child has any learning challenges (ADHD, autism, speech difficulties)/ Por favor indique si su hijo(a) tiene algún problema de aprendizaje (ADHD, autismo, dificultades de habla)

Please list any serious health problems your child has had/ Por favor indique si su hijo(a) tiene algún problema serio de salud

Demographics/Demografía

Number of **adults** living in your household/ Número de adultos que viven en su hogar: _____

Number of **children** living in your household/Número de niños que viven en su hogar: _____

Monthly income/Ingresos Mensuales: \$ _____

What is your highest level of education/Cuál es el nivel mayor de educación de los padres?

☐ Less than high school/Menos de secundaria

☐ High school diploma/GED/Diploma de escuela secundaria/GED

☐ Some college/Algo de Universidad

☐ Bachelor's degree or higher/Licenciatura o superior

What is your source of income/Cuál es su Fuente de ingresos?

☐ Job/Trabajo ☐ Unemployment/TANF/Desempleo ☐ Social security/SSI/Seguro Social ☐ Other/Otros

Parent/Guardian Signature:
Firma de Padre/Guardián:

Parent/guardian signature required / Se requiere la firma de los padres

Page 2 of 2/Página 2 de 2