



The Delaware Smile Check Program invites students to receive a dental screening at school!

- Screenings are completed by a Delaware licensed dental hygienist during regular school hours
- Screenings take an average of 3-5 minutes per student
- Results are sent home to parents with resources for follow up care
- Children who require immediate care will be connected to a dentist for treatment
- Students who qualify will receive an application of fluoride varnish to help fight cavities
- Participants receive
 - Toothbrush, toothpaste, dental floss, and a prize
 - Customized dental education
 - Guide of dental resources available in Delaware
 - Assistance with finding a dentist for the whole family and making an appointment

Be an advocate for your child’s health by signing up below!

To receive on-site services, children must:	Did you know?
<ul style="list-style-type: none">✓ have DE Medicaid or DE Healthy Children Insurance (CHIP)✓ have not received routine dental care within the last 7 months	<p>Oral health is an important part of a child’s overall health and well-being.</p> <p>Cavities can be life threatening.</p> <p>Healthy teeth and mouths are linked to better performance in school.</p>

If your child is not eligible for on-site services, but you’d like assistance finding a dentist or signing up for dental insurance, please call us at 302-622-4540.

Delaware Medicaid will be billed for services. Families will not receive a bill for services provided. The dental screening does not replace the recommended 6-month preventive dental visit.



¡El programa Delaware Smile Check invita a los estudiantes a recibir un examen dental en la escuela!

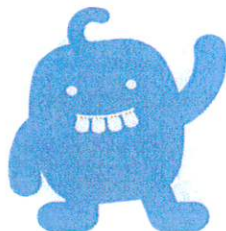
- Los exámenes de detección los realiza un higienista dental con licencia de Delaware durante el horario escolar regular.
- Las evaluaciones toman un promedio de 3-5 minutos por estudiante.
- Los resultados se envían a los padres con recursos para la atención de seguimiento.
- Los niños que requieren atención inmediata serán conectados a un dentista para recibir tratamiento.
- Los estudiantes que califiquen recibirán una aplicación de barniz de flúor para ayudar a combatir las caries.
- Los participantes reciben
 - Cepillo de dientes, pasta de dientes, hilo dental y un premio
 - Educación dental personalizada
 - Guía de recursos dentales disponibles en Delaware
 - Asistencia para encontrar un dentista para toda la familia y concertar una cita.

¡Sea un defensor de la salud de su hijo registrándose a continuación!

Para recibir servicios en el lugar, los niños deben:	¿Lo sabía?
<ul style="list-style-type: none">✓ tener DE Medicaid o DE Healthy Children Insurance (CHIP)✓ no haber recibido atención dental de rutina en los últimos 7 meses	<p>La salud bucal es una parte importante de la salud y el bienestar general de un niño.</p> <p>Las caries pueden poner en peligro la vida.</p> <p>La salud de los dientes y la boca está relacionada con un mejor desempeño en la escuela.</p>

Si su hijo no es elegible para obtener servicios en el lugar, pero le gustaría obtener ayuda para encontrar un dentista o inscribirse en un seguro dental, llámenos al 302-622-4540.

Se facturarán los servicios a Medicaid de Delaware. Las familias no recibirán una factura por los servicios prestados. El examen dental no reemplaza la visita dental preventiva recomendada cada 6 meses.



Delaware Smile Check Program

A School-Based Oral Health Initiative

Student Information

Last Name: _____ First Name: _____ Gender (circle): M / F

Address: _____

Race (check any that apply):

- Asian
- Native American
- Black/African American
- American Indian or Alaska Native
- White
- Hispanic/Latino
- Other: _____

This is a federal requirement.

Birthdate (month/day/year): _____ School: **Sussex Montessori**

Grade: _____ Room #: _____ Teacher: _____

Dental Insurance (circle): MEDICAID DCHIP PRIVATE NONE

Does the child have a dentist? (circle): YES / NO

Dentist's Name (if yes above): _____

Has the child been seen by a dentist in the last 6 months? (circle): YES / NO

Student Health History

Please check a box for any condition your child currently has or has had in the past:

<input type="checkbox"/> Abnormal Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Seizures/ Convulsions or Epilepsy	<input type="checkbox"/> Physical or developmental disability
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Anxiety
<input type="checkbox"/> Asthma/Breathing Problems	<input type="checkbox"/> Heart Problems		<input type="checkbox"/> Depression
	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS		

Does your child have any other medical conditions? If yes, please list:

Is your child currently on any medications? If yes, please list along with the dosage and frequency:

Does your child have any allergies? If yes, please list:

Parent/Legal Guardian Information:

Name: _____ Relationship: _____

E-mail: _____ May we send you e-mails? (circle): YES / NO

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Other Phone: _____

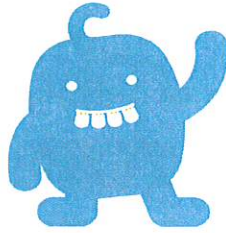
If we need to contact you about your child's screening results or to help you find a dentist, what is the best time and way to reach you? (circle) BY: PHONE CALL TEXT EMAIL IN THE: AM PM

Emergency Contact Information

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

By signing this consent, I hereby certify that the above information is true and complete. I consent to a screening and, if necessary, an application of fluoride varnish to help prevent cavities. I understand that if my child has Medicaid, the insurance will be billed for any services received. If my child does not have Medicaid, he/she can still participate at no cost to me. I consent to my child's Body Mass Index (BMI) being recorded during this screening by use of a scale for weight and a ruler for height. All screening results and BMI data are strictly confidential.

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____



Delaware Smile Check Program

A School-Based Oral Health Initiative

Student Information

Last Name: _____ First Name: _____ Gender (circle): M / F

Race (check any that apply):

Asian

Native American

Black/African American

American Indian or Alaska Native

White

Hispanic/Latino

Other: _____

This is a federal requirement.

Address: _____

Birthdate (month/day/year): _____ School: **Sussex Montessori**

Grade: _____ Room #: _____ Teacher: _____

Dental Insurance (circle): MEDICAID DCHIP PRIVATE NONE

Does the child have a dentist? (circle): YES / NO

Dentist's Name (if yes above): _____

Has the child been seen by a dentist in the last 6 months? (circle): YES / NO

Student Health History

Please check a box for any condition your child currently has or has had in the past:

<input type="checkbox"/> Abnormal Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Seizures/ Convulsions or Epilepsy	<input type="checkbox"/> Physical or developmental disability
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Anxiety
<input type="checkbox"/> Asthma/Breathing Problems	<input type="checkbox"/> Heart Problems		<input type="checkbox"/> Depression
	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS		

Does your child have any other medical conditions? If yes, please list:

Is your child currently on any medications? If yes, please list along with the dosage and frequency:

Does your child have any allergies? If yes, please list:

Parent/Legal Guardian Information:

Name: _____ Relationship: _____

E-mail: _____ May we send you e-mails? (circle): YES / NO

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Other Phone: _____

If we need to contact you about your child's screening results or to help you find a dentist, what is the best time and way to reach you? (circle) **BY:** PHONE CALL TEXT EMAIL **IN THE:** AM PM

Emergency Contact Information

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

By signing this consent, I hereby certify that the above information is true and complete. I consent to a screening and, if necessary, an application of fluoride varnish to help prevent cavities. I understand that if my child has Medicaid, the insurance will be billed for any services received. If my child does not have Medicaid, he/she can still participate at no cost to me. I consent to my child's Body Mass Index (BMI) being recorded during this screening by use of a scale for weight and a ruler for height. All screening results and BMI data are strictly confidential.

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____



CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES, ANÁLISIS, TRATAMIENTOS, SERVICIOS, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DEL SEGURO

SU NOMBRE: _____ **NOMBRE DEL MENOR:** _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE: _____ (MM/DD/AAAA)

LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Este consentimiento indica que se puede examinar a usted o a su hijo, que se les pueden realizar los análisis adecuados, que pueden recibir tratamientos y procedimientos menores, que se los puede derivar o que pueden recibir cualquier otro servicio por parte de una persona autorizada por la División de Salud Pública (DPH, por sus siglas en inglés). Revisó la política de la DPH sobre los acompañantes y habló con sus hijos acerca de ella.

Certifica que es (marque con un círculo la opción que corresponda): Cliente Padre Representante autorizado legalmente

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Paciente (Acuse de recibo)

Al firmar este contrato, acusa recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Paciente.

Intercambio de información de salud-

La Red de Intercambio de Información de Salud de Delaware (DHIN, por sus siglas en inglés) les permite a los proveedores de atención médica compartir información de atención médica sobre los pacientes de manera electrónica para diversos fines, como tratamientos, control de calidad y requisitos de información de las leyes estatales. Tenga en cuenta que si concurre a los Servicios de Salud y Sociales de Delaware (DHSS, por sus siglas en inglés) en un centro de la DPH, el personal puede obtener una copia de la información de atención médica de manera electrónica a través de diversas conexiones de intercambio de información de salud con otros proveedores de atención médica.

Al firmar este consentimiento, autoriza el uso y la divulgación de toda la información de atención médica para el tratamiento, el pago y para operaciones de atención médica entre las entidades afiliadas de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Paciente de los DHSS, con sus eventuales modificaciones.

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DEBE EXCLUIRSE: _____

Cesión de beneficios y divulgación de registros médicos a los Servicios de Salud y Sociales de Delaware, División de Salud Pública

Firmar este consentimiento otorga autorización para lo siguiente: todo beneficio del seguro se pagará directamente a los DHSS; la divulgación de la información médica pertinente a las compañías de seguro; la responsabilidad de pagar servicios no cubiertos; la exención y exoneración de responsabilidad del estado de Delaware, los DHSS y la DPH y sus agentes y personal por lesiones sufridas como resultado de todo examen, análisis, tratamiento o servicios prestados; el consentimiento para tomar muestras, cultivos o análisis de laboratorio que se consideren necesarios; la posibilidad de corregir y modificar información para garantizar que es correcta y está completa; conocer qué información será divulgada.

Leí este formulario o le pedí a alguien que me lo lea. Toda divulgación de mi información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) conlleva la posibilidad de divulgación por parte del receptor, y es posible que las normas de privacidad federal no protejan la PHI.

Este consentimiento se aplicará a todos los servicios de la DPH por un período de un año desde la fecha de firma y puede revocarse, por escrito, en cualquier momento.

Nota: Recibir servicios de planificación familiar no es un requisito previo para que reciba cualquier otro servicio ofrecido por la DPH.

Nombre en imprenta del cliente/padre/representante	Firma del cliente/padre/representante	Fecha
Nombre en imprenta del empleado/agente	Firma del empleado/agente	Fecha