

*****PROGRAMA DENTAL DE LA ESCUELA*****

¡Cavidades son EVITABLES y TRATABLES! Ayude a mejorar la salud oral de su hijo/a con cuidado de la HIGIENE!



está llegando a la escuela de su hijo/a para brindar atención dental preventiva

Cuidado de dental para su niño puede incluir: Rayos X, Examen, Limpieza, Sellantes, y Fluoruro

Llene este formulario y regrese a la enfermera de la escuela el próximo lunes si desea que su hijo/a participe
(FAVOR DE NO LLENAR SI TIENE UN DENTISTA REGULAR)

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ GRADO _____ PROFESSOR _____ # DE CUARTO _____
 NOMBRE DEL HIJO/A _____ NIÑA/NIÑO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 PADRE/TUTOR LEGAL _____ DIRECCION _____
 NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Sin costo para aquellos con Medicaid y NJ FamilyCare para servicios preventivos en la escuela.

MEDICAID: _____ SEGURO SOCIAL DE HIJO/A: _____
 NOMBRE DEL SEGURO _____ # DE IDENTIFICACION: _____
 NUMERO DE TELEFONO DEL SEGURO: _____ # GRUPO: _____
 SI ES SEGURO PRIVADO, NOMBRE DEL ADULTO ASEGURADO: _____
 EMPLEADOR: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE ADULTO: _____
 SEGURO SOCIAL DEL ADULTO: _____

MARQUE AQUÍ SI USTED NO TIENE SEGURO DENTAL

► PARA AQUELLOS QUE NO TIENEN SEGURO DENTAL SE LE OFRECERA UN EXAMEN DENTAL GRATUITO

Los padres deben llenar un formulario de asistencia financiera con la enfermera de la escuela para recibir el examen dental gratuito.

Historia de Salud

SU HIJO/A NECESITA PREMEDICACIÓN ANTIBIÓTICA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES? _____
 SU HIJO/A ALERGICO A ALGO? SI, SI LISTA DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS ETC _____
 SOLAMENTE CHEQUE SI ES APLICABLE:

___ ADD/ADHD	___ VIH/SIDA	LISTA DE MEDICAMENTOS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
___ Asma o Problemas Respiratorios	___ Problemas del Corazón	
___ Autismo	___ Problemas del Hígado/Hepatitis	
___ Hemofilia o Problemas de la Sangre	___ Problemas del Riñón	
___ Cáncer	___ Célula de la Hoz	
___ Enfermedades Contagiosa/TB	___ Fiebre Reumática	
___ Diabetes	___ Otro, describe por favor _____	
___ Anemia/Epilepsia/Desmayos	___ Hospitalización reciente-por qué? _____	

Nombre del médico del niño/a _____ Ciudad y número de teléfono del médico _____

EL FORMULARIO DEBE SER FIRMADO SI USTED QUIERE QUE SU HIJO/A PARTICIPE

Yo soy el padre o tutor legal del niño/a mencionado arriba y quiero que reciba atención dental preventiva en la escuela que puede incluir: Rayos X, Examen, Limpieza, Sellantes, y Fluoruro. Doy permiso para ser atendido, para la visita inicial y 6 meses de la visita, si es aplicable. Este formulario es válido para todo el año escolar. He leído y entiendo, estoy de acuerdo con la notificación de consentimiento en la parte de atrás de este formulario.

¡POR FAVOR FIRME Y DATE ABAJO Y REGRESE A LA ENFERMERA LO MAS PRONTO POSIBLE!

FIRMA _____ FECHA _____

SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN ESTÁ DISPONIBLE EN 4 LUGARES CONVENIENTES:

122 PROFESSIONAL VIEW DR. BLDG 100 FREEHOLD, NJ 07728 (FOR GPS USE: 1101 WEST MAIN ST) PHONE: 732-625-8080	1330 HOW LANE NORTH BRUNSWICK, NJ 08902 PHONE: 732-249-1010	1656 OAK TREE RD. EDISON, NJ 08820 PHONE: 732-549-3773	2209 NORTH WOOD AVE. ROSELLE, NJ 07203 PHONE: 908-245-5556
---	---	--	--

****Rayos X puede ser enviado a otros proveedores llamando a nuestra oficina más cercana****

www.TenderSmiles.com

*****SCHOOL DENTAL PROGRAM*****

Tooth decay is PREVENTABLE and TREATABLE! Help your child's oral health with HYGIENE CARE!



is coming to your child's school to provide preventive dental care.

Dental care for your child may include: X Rays, Exams, Cleanings, Sealants, and Fluoride.

Complete this form and return to school nurse by next Monday if you want your child to participate
(DO NOT fill out if you have a regular dentist).

NAME OF SCHOOL: _____ GRADE: _____ TEACHER: _____ ROOM # _____
 CHILD'S NAME: _____ MALE / FEMALE _____ DATE OF BIRTH: _____
 PARENT OR GUARDIAN NAME: _____ ADDRESS: _____
 PARENTS CELL PHONE: _____ CITY/STATE/ZIP CODE _____

INSURANCE INFORMATION

No Cost to those with Medicaid/NJ Family Care for preventative in school services.

MEDICAID #: _____ CHILD'S SOCIAL SECURITY #: _____
 NAME OF INSURANCE COMPANY: _____ INSURANCE ID #: _____
 INSURANCE CO. PHONE #: _____ GROUP# _____
 IF PRIVATE INSURANCE, INSURED ADULT'S NAME: _____ EMPLOYER: _____
 ADULT'S BIRTHDAY: _____ ADULT'S SOCIAL SECURITY #: _____

CHECK HERE IF YOUR CHILD DOES NOT HAVE DENTAL INSURANCE.

► IF YOUR CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE A FREE DENTAL SCREENING AND POLISHING WILL BE PROVIDED

Parents must fill out a financial assistance form (ask nurse for application) to receive the free dental screening and polishing.

HEALTH HISTORY

DOES YOUR CHILD NEED ANTIBIOTIC PREMEDICATION FOR DENTAL PROCEDURES? _____
 IS YOUR CHILD ALLERGIC TO ANYTHING? IF YES, LIST FOOD, MEDICATIONS, ETC. _____

ONLY CHECK IF APPLICABLE:

___ ADD/ADHD	___ HIV/AIDS	CURRENT MEDICATIONS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
___ Asthma/Wheezing	___ Heart Problems	
___ Autism Spectrum	___ Hepatitis/Liver Problems	
___ Bleeding Problems/Hemophilia	___ Kidney Problems	
___ Cancer	___ Sickle Cell Anemia/Trait	
___ Communicable Diseases/TB	___ Rheumatic Fever	
___ Diabetes	___ Other, please explain _____	
___ Fainting/Epilepsy/Seizures	___ Recent Hospitalization, Please Explain _____	

Name of Child's Physician: _____ Town & Phone # of Physician: _____

FORM MUST BE SIGNED IF YOU WANT YOUR CHILD TO PARTICIPATE

I am the parent or legal guardian of the above-named child and wish to have him/her receive **preventive** dental services in school, which may include: X-rays, Exam, Cleaning, Sealants, and Fluoride. I give permission for my child to be seen for initial visit and 6 months return visit if applicable. **This form is valid for the entire school year.**

I have read, understood and agree to the consent and notice on the back of this form.

Please sign and date below. Return form to the nurse as soon as possible!

SIGNATURE: _____ DATE: _____

FOLLOW UP CARE IS AVAILABLE AT 4 CONVENIENT LOCATIONS:

122 PROFESSIONAL VIEW DR. BLDG 100 FREEHOLD, NJ 07728 (FOR GPS USE: 1101 WEST MAIN ST) PHONE: 732-625-8080	1330 HOW LANE NORTH BRUNSWICK, NJ 08902 PHONE: 732-249-1010	1656 OAK TREE RD. EDISON, NJ 08820 PHONE: 732-549-3773	2209 NORTH WOOD AVE. ROSELLE, NJ 07203 PHONE: 908-245-5556
---	---	--	--

*****X RAYS CAN BE SENT TO OTHER PROVIDERS BY CALLING OUR OFFICE CLOSEST TO YOU*****

www.TenderSmiles.com

SECTION A: CONSENT

I, parent/legal guardian authorize Tender Smiles 4 Kids & Associates to provide preventive dental care for my child. I understand that these services may include: X rays, Exams, Cleanings, Sealants, Fluoride, Oral Hygiene Instruction, and Caries Risk Assessment. I, parent or legal guardian do hereby authorize the dental staff to perform the necessary dental services to my child without my presence. In the unlikely event of an adverse reaction, I DO NOT hold Tender Smiles 4 Kids & Associates nor the Board of Education, nor any school district within the state of NJ, or any facility which holds the Tender Smiles Mobile Dental program liable.

SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO

Yo como padre o tutor legal autorizo Tender Smiles 4 Kids y Asociados brindar atención dental a mi hijo/a. Entiendo que estos servicios pueden incluir: Rayos X, Examen, Limpieza, Sellantes, Fluoruro, Instrucción de Higiene Oral, y Evaluación del Riesgo de Caries. Yo como padre o tutor legal del niño/a, doy permiso para que el personal dental realice los servicios dentales necesarios para mi hijo/a sin mi presencia. En dado caso de una reacción adversa, NO SUSTENTO Tender Smiles 4 Kids y Asociados ni la Junta de Educación, ni ningún distrito escolar dentro del estado de NJ, ni a ninguna instalación que haga responsable al programa Tender Smile Mobile Dental.

SECTION B: PARENT/LEGAL GUARDIAN RESPONSIBILITIES

- It is the parent/legal guardian responsibilities to read and understand all consents he/she signs. If he/she does not understand, it is their responsibility to ask the school nurse or dental provider for clarification.
- It is the parent/legal guardian responsibility to answer all medical questions truthfully to the best of his/her knowledge.
- It is the parent/legal guardian responsibility to assure payments for services rendered, regardless of whatever insurance coverage he/she may have.

SECCION B: REPOSABILIDADES DEL PADRE O TUTOR LEGAL

- Es la responsabilidad de tutor o legal padre leer y entender todas las autorizaciones que firma. Si él o ella no entiende, es su responsabilidad preguntar le a la enfermeran de la escuela o proveedor dental para aclaraciones.
- Es la responsabilidad del padre o tutor legal responder todas las preguntas médicas con la verdad a lo mejor de su conocimiento.
- Es la responsabilidad del padre o tutor legal para asegurar los pagos por los servicios prestados, independientemente de cualquier cobertura de seguro puede tener.

BILLING PURPOSES

- I authorize, Tender Smiles 4 Kids & Associates to bill my insurance and share personal and/or medical information necessary for billing purposes.
- I authorize my insurance to pay Tender Smiles 4 Kids directly.
- Parents/legal guardians of children covered by private insurance are responsible for deductibles and copays as stated by their insurance plans.
- I understand that ALL children regardless of dental coverage ARE eligible for a free dental screening and polish.

Propósitos de Facturación

- Autorizo Tender Smiles 4 Kids y Asociados a facturar mi seguro y compartir información personal o médica necesaria para la facturación.
- Autorizo mi seguro a pagar a Tender Smiles 4 Kids directamente.
- Los padres o tutores de los niños cubiertos por un seguro privado son responsables por lo deducibles y copagos según indicado por su seguro.
- Entiendo que todos los niños independientemente de la cobertura dental son elegibles para una revisión y pulido dentales gratuitos.

SECTION C: NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/HIPAA

- Patients are treated with respect, consideration and dignity.
- We follow the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Under HIPAA guidelines, patients are provided the appropriate privacy. Patients have the right to privacy of information given and services provided. Patients have the right to be informed of any persons other than routine personnel that will be observed or participating in his/her treatment.
- Patients are provided appropriate privacy.
- Personal disclosure and records are treated confidentially, except when required by law, patients are given the opportunity to approve or refuse their release.
- Patients have the right to refuse treatment and to be informed of the consequences of his/her actions.

Patients' rights were established with the expectation that observance of these rights will contribute to more effective patient care and greater satisfaction for the patient, family, provider and office caring for the patient.

Patients' shall have these rights without regard of age, race, sex, national origin, religion, culture, physical handicap, personal values or belief.

SECCION C: NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE PRACTICA/HIPAA

- Pacientes son tratados con respeto, consideración y dignidad. Seguimos la Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA). Bajo HIPAA, los pacientes reciben la privacidad adecuada. Los pacientes tienen derecho a la privacidad de la información y servicios prestados.
- Los pacientes tienen el derecho a ser informados de cualquiera persona que no sean de rutina personal que se observarán o participar en su tratamiento.
- Los pacientes disponen de privacidad adecuada.
- Registros y revelación personal son tratados de forma confidencial, excepto cuando sea requerido por ley, pacientes se les da la oportunidad de aprobar o rechazar su liberación.
- Los pacientes tienen el derecho a rechazar el tratamiento y ser informado de las consecuencias de sus acciones.

Derechos de los pacientes fueron establecidos con la expectativa de que la observancia de estos derechos contribuye a la más eficaz atención de los pacientes y una mayor satisfacción para el paciente, familia, proveedor y oficina de cuidado para el paciente.

Pacientes tendrán estos derechos sin consideración de edad, raza, sexo, origen nacional, religión, cultura, discapacidad física, valores personales o creencia.

- You have the right to request that Tender Smiles 4 Kids limit the information it shares about your child, but Tender Smiles 4 Kids does not have to agree.
- You have the right to receive your information from Tender Smiles 4 Kids privately. Tender Smiles 4 Kids will provide it to the address you choose, and, in the form, you choose.
- You also have the right to request this notice on paper, electronically or both.
- Complete HIPAA document is available to you at www.TenderSmiles.com

Tender Smiles 4 Kids follows Federal and State law by complying with HIPAA standards. Our Notice of Privacy Practices took effect April 15, 2003.

If you have questions or complaints, or want to make a request contact:

**Tender Smiles 4 Kids
122 Professional View Drive
Freehold, NJ 07728
732-625-8080**

Attention: Eileen Molloy

- Tienes derecho a solicitar que Tender Smiles 4 Kids limitar la información que comparte acerca de su hijo, pero tiernas sonrisas 4 Kids no tiene que estar de acuerdo.
 - Usted tiene el derecho a recibir su información de Tender Smiles 4 Kids privada.
 - Tender Smiles 4 Kids le proporcionará a la dirección que usted elija y en la forma, usted elige.
 - Usted también tiene derecho a solicitar este aviso en papel, electrónicamente, o ambos.
 - El documento HIPAA completo está disponible para usted en www.TenderSmiles.com
- Tender Smiles 4 Kids sigue Ley Federal y del estado por cumplir con los estándares HIPAA. Nuestro aviso de prácticas de privacidad entró en vigor 15 de abril de 2003.**

Si usted tiene preguntas o quejas, o desea hacer una solicitud de contacto:

**Tender Smiles 4 Kids
122 Professional View Drive
Freehold, NJ 07728
732-625-8080**
Atención: Eileen Molloy

**Keep consent on opposite page for your records
Mantenga la página del opuesto lado para sus registros**

SECTION A: CONSENT

I, parent/legal guardian authorize Tender Smiles 4 Kids & Associates to provide preventive dental care for my child. I understand that these services may include: X rays, Exams, Cleanings, Sealants, Fluoride, Oral Hygiene Instruction, and Caries Risk Assessment. I, parent or legal guardian do hereby authorize the dental staff to perform the necessary dental services to my child without my presence. In the unlikely event of an adverse reaction, I DO NOT hold Tender Smiles 4 Kids & Associates nor the Board of Education, nor any school district within the state of NJ, or any facility which holds the Tender Smiles Mobile Dental program liable.

SECCIÓN A: CONSENTIMIENTO

Yo como padre o tutor legal autorizo Tender Smiles 4 Kids y Asociados brindar atención dental a mi hijo/a. Entiendo que estos servicios pueden incluir: Rayos X, Examen, Limpieza, Sellantes, Fluoruro, Instrucción de Higiene Oral, y Evaluación del Riesgo de Caries. Yo como padre o tutor legal del niño/a, doy permiso para que el personal dental realice los servicios dentales necesarios para mi hijo/a sin mi presencia. En dado caso de una reacción adversa, NO SUSTENTO Tender Smiles 4 Kids y Asociados ni la Junta de Educación, ni ningún distrito escolar dentro del estado de NJ, ni a ninguna instalación que haga responsable al programa Tender Smile Mobile Dental.

SECTION B: PARENT/LEGAL GUARDIAN RESPONSIBILITIES

- It is the parent/legal guardian responsibilities to read and understand all consents he/she signs. If he/she does not understand, it is their responsibility to ask the school nurse or dental provider for clarification.
- It is the parent/legal guardian responsibility to answer all medical questions truthfully to the best of his/her knowledge.
- It is the parent/legal guardian responsibility to assure payments for services rendered, regardless of whatever insurance coverage he/she may have.

SECCION B: REPOSABILIDADES DEL PADRE O TUTOR LEGAL

- Es la responsabilidad de tutor o legal padre leer y entender todas las autorizaciones que firma. Si él o ella no entiende, es su responsabilidad preguntar le a la enfermeran de la escuela o proveedor dental para aclaraciones.
- Es la responsabilidad del padre o tutor legal responder todas las preguntas médicas con la verdad a lo mejor de su conocimiento.
- Es la responsabilidad del padre o tutor legal para asegurar los pagos por los servicios prestados, independientemente de cualquier cobertura de seguro puede tener.

BILLING PURPOSES

- I authorize, Tender Smiles 4 Kids & Associates to bill my insurance and share personal and/or medical information necessary for billing purposes.
- I authorize my insurance to pay Tender Smiles 4 Kids directly.
- Parents/legal guardians of children covered by private insurance are responsible for deductibles and copays as stated by their insurance plans.
- I understand that ALL children regardless of dental coverage ARE eligible for a free dental screening and polish.

Propósitos de Facturación

- Autorizo Tender Smiles 4 Kids y Asociados a facturar mi seguro y compartir información personal o médica necesaria para la facturación.
- Autorizo mi seguro a pagar a Tender Smiles 4 Kids directamente.
- Los padres o tutores de los niños cubiertos por un seguro privado son responsables por lo deducibles y copagos según indicado por su seguro.
- Entiendo que todos los niños independientemente de la cobertura dental son elegibles para una revisión y pulido dentales gratuitos.

SECTION C: NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/HIPAA

- Patients are treated with respect, consideration and dignity.
- We follow the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Under HIPAA guidelines, patients are provided the appropriate privacy. Patients have the right to privacy of information given and services provided. Patients have the right to be informed of any persons other than routine personnel that will be observed or participating in his/her treatment.
- Patients are provided appropriate privacy.
- Personal disclosure and records are treated confidentially, except when required by law, patients are given the opportunity to approve or refuse their release.
- Patients have the right to refuse treatment and to be informed of the consequences of his/her actions.

Patients' rights were established with the expectation that observance of these rights will contribute to more effective patient care and greater satisfaction for the patient, family, provider and office caring for the patient.

Patients' shall have these rights without regard of age, race, sex, national origin, religion, culture, physical handicap, personal values or belief.

SECCION C: NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE PRACTICA/HIPAA

- Pacientes son tratados con respeto, consideración y dignidad. Seguimos la Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA). Bajo HIPAA, los pacientes reciben la privacidad adecuada. Los pacientes tienen derecho a la privacidad de la información y servicios prestados.
- Los pacientes tienen el derecho a ser informados de cualquiera persona que no sean de rutina personal que se observarán o participar en su tratamiento.
- Los pacientes disponen de privacidad adecuada.
- Registros y revelación personal son tratados de forma confidencial, excepto cuando sea requerido por ley, pacientes se les da la oportunidad de aprobar o rechazar su liberación.
- Los pacientes tienen el derecho a rechazar el tratamiento y ser informado de las consecuencias de sus acciones.

Derechos de los pacientes fueron establecidos con la expectativa de que la observancia de estos derechos contribuye a la más eficaz atención de los pacientes y una mayor satisfacción para el paciente, familia, proveedor y oficina de cuidado para el paciente.

Pacientes tendrán estos derechos sin consideración de edad, raza, sexo, origen nacional, religión, cultura, discapacidad física, valores personales o creencia.

- You have the right to request that Tender Smiles 4 Kids limit the information it shares about your child, but Tender Smiles 4 Kids does not have to agree.
- You have the right to receive your information from Tender Smiles 4 Kids privately. Tender Smiles 4 Kids will provide it to the address you choose, and, in the form, you choose.
- You also have the right to request this notice on paper, electronically or both.
- Complete HIPAA document is available to you at www.TenderSmiles.com

Tender Smiles 4 Kids follows Federal and State law by complying with HIPAA standards. Our Notice of Privacy Practices took effect April 15, 2003.

If you have questions or complaints, or want to make a request contact:

**Tender Smiles 4 Kids
122 Professional View Drive
Freehold, NJ 07728
732-625-8080**

Attention: Eileen Molloy

- Tienes derecho a solicitar que Tender Smiles 4 Kids limitar la información que comparte acerca de su hijo, pero tiernas sonrisas 4 Kids no tiene que estar de acuerdo.
 - Usted tiene el derecho a recibir su información de Tender Smiles 4 Kids privada.
 - Tender Smiles 4 Kids le proporcionará a la dirección que usted elija y en la forma, usted elige.
 - Usted también tiene derecho a solicitar este aviso en papel, electrónicamente, o ambos.
 - El documento HIPAA completo está disponible para usted en www.TenderSmiles.com
- Tender Smiles 4 Kids sigue Ley Federal y del estado por cumplir con los estándares HIPAA. Nuestro aviso de prácticas de privacidad entró en vigor 15 de abril de 2003.**

Si usted tiene preguntas o quejas, o desea hacer una solicitud de contacto:

**Tender Smiles 4 Kids
122 Professional View Drive
Freehold, NJ 07728
732-625-8080**
Atención: Eileen Molloy

**Keep consent on opposite page for your records
Mantenga la página del opuesto lado para sus registros**