



1800 30th St., Ste#230 - Bakersfield, CA 93301 - (661) 377-0328 - - - www.kccdhn.org

DENTAL CONSENT FORM

Name of Student _____ ^{please circle:} Male or Female Date of Birth _____

Telephone Number _____ School: _____

Email Address: _____

Race:
(please circle) Black/African American White/Caucasian Hispanic/Latino Alaskan Native/American Indian
Asian Indian Other Pacific Islander More than one ethnicity/multi-racial
Other _____

Primary Language:
(please circle) English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Other

The Kern County Children's Dental Health Network staff will be available at your child's school.
The services your child will receive are:

An Oral Assessment

A registered dental hygienist will visually assess your child's teeth. **No x-rays** (radiographs) will be taken. This assessment will satisfy the State of California oral health mandate for children entering kindergarten.

I have read and understand the dental services offered by the Kern County Children's Dental Health Network. This student has my permission to receive all appropriate dental services and all necessary care offered by the program. I understand the services will be provided by a licensed dentist and registered dental hygienist practicing under the laws of the State of California.

I also understand that the oral assessment results are confidential and kept according to the policies of the school and state and federal law.

____ **YES**, I want my child to participate ____ **No**, I do not want my child to participate

Y__ N __ *Is your child allergic to latex?*

Y__ N __ *Has your child been seen by a dentist before today?*

Print name of parent

Signature of parent

Date



PERMISO PARA REVISO DENTAL

Nombre del Estudiante _____ *Marque Uno:*
Niño o Niña Fecha de Nacimiento _____

Teléfono: _____ Escuela: _____

Correo Electrónico: _____

Raza: _____ Hispano/Latino _____ Mexicano, Mexicano- Americano _____ Puerto Riqueño _____ Cubano
(*marque uno*) _____ Centro Americano _____ Mas de una Raza/ Multi-racial _____ **OTRO** _____

Primer Lenguaje: _____ Inglés _____ Español _____ Cantonese _____ Mandarin _____ Vietnamese _____ Korean
(*marque uno*) _____ OTRO _____

El personal de la Red de Salud Dental para Niños del Condado de Kern estarán disponibles en la escuela de su niño/a.
Los servicios que su niño/a recibirá son:

Una Evaluación Oral

Un higienista dental registrado le hara una evaluación visual a los dientes de su niño/a. Rayos-X (radiografías) **NO** serán tomados. Esta evaluación satisfará el mandato de salud oral para niños del Estado de California, que entraran al Kinder.

He leído y entiendo cuáles son los servicios dentales prestados por la Red de Salud Dental para Niños del Condado de Kern. Este estudiante tiene mi permiso para recibir todos los servicios dentales apropiados y todo el cuidado que ofrece el programa. Entiendo que estos servicios serán prestados por un dentista con licencia, un higienista dental certificado, o un asistente dental pacticando bajo las leyes del Estado de California.

También entiendo que los resultados de los exámenes son confidenciales, y que se archivarán de acuerdo con los reglamentos de la escuela, y las leyes del estado y del gobierno federal.

_____ **SI**, quiero que mi niño/a participe _____ **No**, quiero que mi niño/a participe

Si _____ No _____ ¿Es su niño/a alérgico al látex?

Si _____ No _____ ¿Ha sido su niño/a atendido por un dentista antes de hoy?

En Letra de MOLDE: Nombre de Padre/Guardián

Firma de Padre/Guardián

Fecha