



HELPING HANDS DENTAL SERVICES

A nonprofit organization

Parental Consent Form

Dear Parent or Guardian,

The Illinois Department of Healthcare and Family Services All Kids Dental School Program and Helping Hands Dental Services have arranged for preventative dental services for all children in your school. While this program will not take the place of regular dental check-ups, daily brushings, flossing, and the use of fluoride, it is an effective way of detecting cavities (tooth decay) and possibly preventing future oral health problems.

There is no cost to your family nor your child's school for this service. Licensed dentists will provide the Dental Exam/Screening, Dental Cleaning, Fluoride, and Dental Sealants (as needed) at NO COST to students, their families, or the school with which we've partnered to provide these important services.

In order for your child to receive these services **YOU MUST PROVIDE ALL OF THE INFORMATION REQUESTED BELOW AS WELL AS THE MEDICAL HISTORY FORM ACCOMPANIED BY THIS CONSENT FORM.**

Please complete and sign this form so that a dentist or dental hygienist can see your child.

If you would like more information, please contact our office at (708) 365-9450 or your child's school.

_____ **YES, I will allow** my child to participate in the oral health Dental Screening Program **(Please complete the attached medical history form)**

_____ **No, I do not allow** my child to participate in the Dental Screening Program **(Please provide your student's name and date of birth below)**

Child's Name (Last, First, MI)				Birth Date (MM/DD/YY)	
Gender		Race Ethnicity		Black/Non-Hispanic ☐	
Male ☐		Female ☐		White/Non-Hispanic ☐	
Hispanic ☐		Asian/Pacific Islander ☐		Other ☐	
Parent or Guardian's Name (Printed)				Phone Number	
				() -	
Parent or Guardian's Signature				Date	
Teacher's Name				Grade/Room Number	



Formulario de Consentimiento de los padres

Estimado padre o tutor,

El Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois All Kids Dental School Program y Helping Hands Dental Services han organizado servicios dentales preventivos para todos los niños de su escuela. Si bien este programa no reemplazará los chequeos dentales regulares, los cepillados diarios, el uso de hilo dental y el uso de flúor, es una forma efectiva de detectar caries (caries dental) y posiblemente prevenir futuros problemas de salud bucal.

No hay ningún costo para su familia ni para la escuela de su hijo por este servicio. Los dentistas con licencia proporcionarán el examen / examen dental, la limpieza dental, el fluoruro y los selladores dentales (según sea necesario) SIN COSTO para los estudiantes, sus familias o la escuela con la que nos hemos asociado para brindar estos importantes servicios.

Para que su hijo reciba estos servicios, **DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA A CONTINUACIÓN, ASÍ COMO EL FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO ACOMPAÑADO DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.**

Complete y firme este formulario para que un dentista o higienista dental pueda ver a su hijo.

Si desea obtener más información, comuníquese con nuestra oficina al (708) 365-9450 o con la escuela de su hijo.

_____ **Sí, lo permitiré** mi hijo participe en el Programa de Exámenes Dentales de Salud Bucal (**Por favor, complete el formulario de historial médico adjunto**)

_____ **No, no permito** mi hijo para participar en el Programa de Exámenes Dentales (**Proporcione el nombre y la fecha de nacimiento de su estudiante a continuación**)

Nombre del niño (Apellido, Nombre, MI)			Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	
Género		Raza Etnia		Negro/No hispano ☐
Masculino ☐	Hembra ☐	Hispanico ☐	Asiático/isleño del Pacífico ☐	Blanco/No hispano ☐
Nombre del padre o tutor (impreso)			Número de teléfono () -	
Firma del padre o tutor			Fecha	
Nombre del profesor			Número de grado/habitación	