



# DENTAL



## Healthy Smiles Program

Lake County School Based Health Center is pleased to offer dental screenings, radiographs, dental cleanings, sealants, and fluoride varnish to Lake County students this year. Dental services can be billed to your insurance. Uninsured persons may access care on a sliding fee scale.

If you would like your student to participate in the Lake County School Based Health Center dental services please complete the following information.

I, \_\_\_\_\_ (parent) give permission for my child, \_\_\_\_\_ to receive the following oral health services in their school this year. Please mark all that apply:

Dental Cleaning \_\_\_\_\_ Radiographs \_\_\_\_\_ Sealants \_\_\_\_\_ Screening \_\_\_\_\_ Fluoride Varnish \_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_ Student Date of Birth \_\_\_\_\_

Parent's Name \_\_\_\_\_

Cell Phone \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Parent's Email Address \_\_\_\_\_

Race: White \_\_\_\_\_ American Indian/Alaska Native \_\_\_\_\_ Black/African American \_\_\_\_\_  
 Asian \_\_\_\_\_ Hawaiian/Other Pacific Islander \_\_\_\_\_ Not Provided \_\_\_\_\_

Ethnicity: Hispanic/Latino \_\_\_\_\_ Not Hispanic/Latino \_\_\_\_\_

### Insurance Information:

\_\_\_\_\_ Medicaid # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CHP # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Private Insurance: Name of Insurance \_\_\_\_\_ Group Plan # \_\_\_\_\_  
 Name of Primary Insured \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Insured Party ID/SSN# \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Uninsured

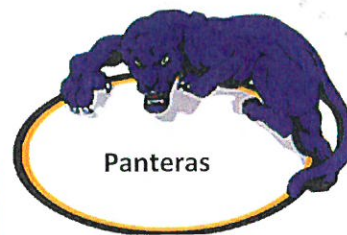
I authorize Summit Community Care Clinic to bill my insurance for dental cleanings and/or radiographs at my child's dental visit performed at his/her school. If you do not have insurance, \$20 will be due at the time of service for a dental cleaning and/or radiographs.

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# DENTAL

Programa Sonrisas Saludables



Este año La Clínica Comunitaria del condado de Summit, se complace en ofrecer servicios preventivos orales en el condado de Lake. Los servicios preventivos como limpiezas dentales y radiografías (rayos x) serán cobrados a su seguro médico. Si usted no tiene seguro médico los tres servicios preventivos serán cobrados con base a una escala de descuento.

Si usted le gustaría que su hijo o hija reciba los servicios que ofrece El Centro de Salud del Distrito Escolar del Condado de Lake, por favor llene la siguiente información.

Yo, \_\_\_\_\_ (padre/madre) doy permiso que mi hijo(a), \_\_\_\_\_ reciba los servicios de salud oral en la escuela de Leadville este año. Por favor marque todas las que apliquen:

Limpieza Dental \_\_\_\_\_ Selladores \_\_\_\_\_ Fluoruro \_\_\_\_\_ Evaluación Dental \_\_\_\_\_ Radiografías \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre \_\_\_\_\_

Número de Celular \_\_\_\_\_ Numero de Casa \_\_\_\_\_

Caja Postal (P.O. Box) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Raza: Blanco \_\_\_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Negro/Afroamericano \_\_\_\_\_  
Asiático \_\_\_\_\_ Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispano/Latino \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino \_\_\_\_\_

#### Información de seguro Dental:

\_\_\_\_\_ Medicaid # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CHP # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Seguro Privado: Nombre del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Número del Grupo del Plan \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Principal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No asegurado

Yo autorizo para que la Clínica Comunitaria del condado Summit cobre a mi seguro médico por limpiezas dentales y radiografías hechos en la escuela a mi hijo o hija. Si usted no tiene seguro médico se le cobrara \$20 el mismo día del servicio por la limpieza dental y radiografías.

Firma del Padre/Madre \_\_\_\_\_