Community Health Centers

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

TYPE DE RENDEZ-VOUS/UTILISATION RÉSERVÉE AU PERSONNEL ☐ MÉDICAL ☐ DENTAIRE

Vérifié par :

DATE DE RÉCEPTION/ D'ENREGISTREMENT :____/___/___

INITIALES DU PERSONNEL : _____

☐ Riverside ☐ Safe Harbor ☐ Pearl Street ☐ South End ☐ Champlain Islands ☐ Good Health ☐ Winooski ☐ Essex

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT *VEUILLEZ REMPLIR (Compléter) tout le formulaire au stylo noir ou bleu uniquement*

NOM	PRÉNOM	INITIALE DU SECOND PRÉNOM	SURNOM/NOM PRÉFÉRÉ
No ET RUE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL

NO DE SÉCURITÉ SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	TÉLÉPHONE DOMICILE	TÉLÉPHONE EN JOURNÉE	TÉLÉPHONE PORTABLE

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

MÉTHODE DE CONTACT PRÉFÉRÉE

☐ TÉLÉPHONE ☐ COURRIEL ☐ MESSAGE TEXTE

SITUATION DE FAMILLE

☐ Célibataire ☐ Séparé(e)
☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve)
☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e)

RACE

☐ Afro-américain ☐ Amérindien
☐ Asiatique-Américain ☐ Insulaire du Pacifique
☐ Multiracial
☐ Caucasien (blanc)

Langue principale si ce n'est pas l'anglais : _____

Avez-vous besoin des services d'un interprète ? ☐ OUI ☐ NON

Origine ethnique : ☐ Hispanique ☐ Non hispanique

Médecin de premier recours

TRAVAILLEUR AGRICOLE

☐ Migrant ☐ Saisonnier

Êtes-vous un ancien combattant des États-Unis ?

☐ Oui ☐ Non

SEXE LÉGAL

☐ MASCULIN
☐ FÉMININ

GENRE ACTUEL

☐ MASCULIN
☐ FÉMININ

PRONOMS (facultatif) :

_____

IDENTITÉ DE GENRE

☐ MASCULIN
☐ FÉMININ
☐ HOMME TRANSGENRE (Femme vers Homme/FTM)
☐ FEMME TRANSGENRE (Homme vers Femme/MTF)
☐ ALTERSEXUEL
☐ AUTRE
☐ JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE

ORIENTATION SEXUELLE

☐ HÉTÉROSEXUEL(LE)
☐ LESBIENNE, GAY OU HOMOSEXUEL(LE)
☐ BISEXUEL(LE)
☐ QUELQUE CHOSE D'AUTRE
☐ JE NE SAIS PAS
☐ JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE

INFORMATIONS FINANCIÈRES SUR LA FAMILLE

En tant que centre de santé bénéficiant d'un financement fédéral, nous sommes tenus de collecter ces informations. Toutes les réponses sont confidentielles.

Taille de la famille/du ménage :_____

Revenus du foyer : $_____

☐ Hebdomadaire ☐ Annuel
☐ Bihebdomadaire
☐ Mensuel

STATUT DE LOGEMENT Êtes-vous sans domicile fixe ?

☐ OUI ☐ NON

Si vous êtes sans domicile fixe, êtes-vous : ☐ En cohabitation (vous vivez avec d'autres personnes ☐ En abri ☐ Dans la rue ☐ En transition ☐ Je ne sais pas

PHARMACIE PRÉFÉRÉE

NOM DE LA PHARMACIE	ADRESSE DE LA PHARMACIE

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM	RELATION	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE RESPONSABLE (Tout patient de moins de 18 ans doit avoir une personne responsable)

☐ Patient (18 ans ou plus) ☐ Parent ayant la garde de l'enfant ☐ Tuteur (preuve du statut légal requise pour le traitement)

NOM	PRÉNOM	SECOND PRÉNOM
No ET RUE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL

DATE DE NAISSANCE	TÉLÉPHONE DOMICILE

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE DENTAIRE

☐ **J'ai actuellement une assurance DENTAIRE (voir ci-dessous)**
☐ **Je n'ai PAS actuellement d'assurance DENTAIRE**
☐ **Je souhaite demander à bénéficier de l'échelle des honoraires variables**

Nom de l'Assurance dentaire : _____

Numéro de police/d'identification : _____

☐ **J'ai actuellement une assurance DENTAIRE secondaire (voir ci-dessous)**

Nom de l'Assurance dentaire : _____

Numéro de police/d'identification : _____

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE MÉDICALE

☐ **J'ai actuellement une assurance MÉDICALE (voir ci-dessous)**
☐ **Je n'ai PAS actuellement d'assurance MÉDICALE**
☐ **Je souhaite demander à bénéficier de l'échelle des honoraires variables**

Nom de l'assurance médicale : _____

Numéro de police/d'identification : _____

☐ **J'ai actuellement une assurance MÉDICALE secondaire (voir ci-dessous)**

Nom de l'assurance médicale : _____

Numéro de police/d'identification : _____

READ ONLY

Community Health Centers

PATIENT REGISTRATION FORM

Verified By:
DATE REC/ENTERED: ___/___/___
STAFF INITIALS: _____

APPOINTMENT TYPE/STAFF USE ONLY ☐ **MEDICAL** ☐ **DENTAL**

☐ Riverside ☐ Safe Harbor ☐ Pearl Street ☐ South End ☐ Champlain Islands ☐ Good Health ☐ Winooski ☐ Essex

PATIENT INFORMATION *PLEASE COMPLETE (Fill out) entire form in Black or Blue Pen Only*

LAST NAME | FIRST NAME | MIDDLE INITIAL | NICKNAME/CHOSEN NAME

STREET ADDRESS | CITY | STATE | ZIP

SOCIAL SECURITY # | DATE OF BIRTH | HOME PHONE | DAY PHONE | CELL PHONE

EMAIL ADDRESS

PREFERRED CONTACT METHOD
☐ PHONE ☐ EMAIL ☐ TEXT MESSAGE

MARITAL STATUS
☐ Single ☐ Separated
☐ Married ☐ Widowed
☐ Divorced ☐ Civil Union

RACE
☐ African-American ☐ Native American
☐ Asian-American ☐ Pacific Islander
☐ Caucasian/White ☐ Multi-racial

Primary Language if Not English: _____
Do You Need Interpreter Services? ☐ YES ☐ NO
Ethnicity/Ethnic Origin: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic

Primary Care Physician

AGRICULTURAL WORKER
☐ Migrant ☐ Seasonal

Are You a U.S. Veteran?
☐ Yes ☐ No

LEGAL SEX
☐ MALE
☐ FEMALE

CURRENT GENDER
☐ MALE
☐ FEMALE

PRONOUNS (Optional):
_____

GENDER IDENTITY
☐ MALE
☐ FEMALE
☐ TRANSGENDER MALE (Female-to-Male/FTM)
☐ TRANSGENDER FEMALE (Male-to-Female/MTF)
☐ GENDERQUEER
☐ OTHER
☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE

SEXUAL ORIENTATION
☐ STRAIGHT or HETEROSEXUAL
☐ LESBIAN, GAY or HOMOSEXUAL
☐ BISEXUAL
☐ SOMETHING ELSE
☐ DON'T KNOW
☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE

FAMILY FINANCIAL INFORMATION
As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential.

Family/Household Size: _____
Household Income: $ _____
☐ Weekly ☐ Annually
☐ Biweekly
☐ Monthly

HOUSING STATUS Are You Homeless? ☐ YES ☐ NO
If homeless, are you: ☐ Doubling Up (living with others) ☐ Shelter ☐ Street ☐ Transitional ☐ Unknown

PREFERRED PHARMACY

PHARMACY NAME | PHARMACY LOCATION

EMERGENCY CONTACT

NAME | RELATIONSHIP | PHONE NUMBER

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (Any patient under 18 must have a responsible party)

☐ **Patient** (18 years or older) ☐ **Custodial Parent** ☐ **Guardian** (proof of legal status required for treatment)

LAST NAME | FIRST NAME | MI

STREET ADDRESS | CITY | STATE | ZIP

DATE OF BIRTH | HOME PHONE

DENTAL INSURANCE INFORMATION

☐ **I currently have DENTAL insurance (see below)**
☐ **I currently DO NOT have DENTAL insurance**
☐ **I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE**

Dental Insurance Name: _____
Policy/ID Number: _____

☐ **I currently have secondary DENTAL insurance (see below)**

Dental Insurance Name: _____
Policy/ID Number: _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

☐ **I currently have MEDICAL insurance (see below)**
☐ **I currently DO NOT have MEDICAL insurance**
☐ **I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE**

Medical Insurance Name: _____
Policy/ID Number: _____

☐ **I currently have secondary MEDICAL insurance (see below)**

Medical Insurance Name: _____
Policy/ID Number: _____

Community Health Centers

• RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
• CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

Consentement au traitement et Consentement à la divulgation d'informations de santé

I. Consentement au traitement

Par la présente, je donne aux centres de santé communautaires (CHC) mon consentement au traitement pour moi-même ou pour le patient désigné (dont je suis le parent ou le tuteur légal autorisé à consentir au traitement pour le patient désigné). Le traitement peut comprendre le dépistage, le diagnostic, le traitement médical, les soins dentaires, les services sociaux, le dépistage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement en matière de santé mentale ou de drogues et d'alcool, et les services psychiatriques.

II. Consentement à la divulgation d'informations de santé :

Je consens à l'utilisation au sein du CHC et à la divulgation par le CHC à des personnes ou organisations extérieures au CHC de mes dossiers médicaux, dentaires, de toxicomanie et d'alcoolisme, de santé mentale, de psychiatrie et d'autres traitements et dossiers de santé (« informations de santé ») (ou de ceux du patient désigné dont je suis le parent ou le tuteur légal) aux fins suivantes :

A. Utilisation des informations de santé par ou pour le CHC à des fins de traitement, de paiement et de gestion des soins de santé :

- Traitement par le personnel du CHC.
- Effectuer des opérations en rapport avec les soins de santé, y compris des audits financiers ou d'assurance qualité et/ou des formations.
- Facturer directement à votre compagnie d'assurance
- Payer les services fournis par le CHC. Le CHC est autorisé à obtenir le paiement des services de soins de santé et peut fournir des dossiers médicaux aux compagnies d'assurance, aux organismes d'indemnisation des accidents du travail ou à d'autres agences qui paient pour les services de santé, ou d'autres informations d'assurance mises à jour dans le dossier du CHC.

B. Divulgation d'informations de santé à des personnes ou organisations extérieures au CHC à des fins de traitement :

- Le CHC est autorisé à fournir toutes les informations de santé à d'autres prestataires de soins de santé ou agences qui participent à vos soins. Il s'agit notamment des dossiers médicaux antérieurs provenant d'organisations extérieures. (Une autorisation individuelle d'accès à l'information doit être soumise pour tous les membres de la famille, les amis ou les autres personnes que vous souhaitez voir accéder aux informations de votre dossier médical.)

READ ONLY

Community Health Centers

• RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
• CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

Consent for Treatment and Consent to Release Health Information

I. Consent for Treatment

I hereby give my consent for treatment for myself, or the named patient (of whom I am the parent or legal guardian who has the right to consent to treatment for the named patient) to the Community Health Centers (CHC). Treatment may include health screening, diagnosis, medical treatment, dental care, social services, mental health or drug and alcohol screening, assessment, diagnosis and treatment, and psychiatry services.

II. Consent to release health information:

I consent to the use within CHC and the disclosure to persons or organizations outside of CHC of my (or of the named patient for whom I am the parent or legal guardian) medical, dental, drug and alcohol, mental health, psychiatry and other treatment and health records ("health information") by CHC for the following purposes:

A. Use of health information by or for CHC for treatment, payment, and health care operations:

- Providing treatment by CHC staff.
- Conducting health care operations, including financial or quality assurance audits and/ or training.
- Bill your insurance company directly
- Payment for services provided by CHC. CHC is authorized to obtain payment for health care services and can provide health records to insurance companies, workers compensation insurers or other agencies that pay for health services, or other updated insurance information on file with CHC.

B. Disclosure of health information to persons or organizations outside of CHC for treatment purposes:

- CHC is authorized to provide all health information to other health providers or agencies who participate in your care. This includes past medical records from outside organizations. (An Individual release of information must be submitted for all family, friends, or other persons that you wish to access your Medical Record information.)

Community Health Centers

III. Cession de prestations

J'autorise le CHC à facturer et à recevoir directement de Medicaid /Medicare ou de toute autre compagnie d'assurance le paiement pour les services qui m'ont été fournis.

Par la présente, je cède au CHC tous les paiements de Medicaid, Medicare ou de toute police d'assurance maladie pour les soins de santé qui m'ont été dispensés par le CHC.

Je comprends que je suis redevable envers le CHC de tout solde impayé résultant de mes soins.

Je reconnais qu'à ma connaissance, les informations démographiques que j'ai fournies sont véridiques et correctes.

Une copie des attentes du CHC en matière de paiement est disponible sur demande.

IV. Résiliation et restrictions du présent consentement :

A. Je comprends que j'ai le droit d'annuler ce consentement à tout moment par écrit. L'annulation de ce consentement n'affectera pas les mesures prises par le CHC sur la base de ce consentement avant qu'il ne soit annulé. S'il n'a pas été annulé précédemment, ce consentement prendra fin à la date suivante : _____. Si rien n'est indiqué, le présent consentement prendra fin trois ans après la dernière date de prestation de services à mon égard.

B. Je comprends que je peux demander des restrictions à l'utilisation ou à la divulgation de mes informations de santé aux fins décrites dans le présent consentement et que le CHC peut ou non accepter cette demande. Je comprends également qu'à l'exception des restrictions relatives à l'utilisation ou à la divulgation acceptée d'informations de santé, le CHC ne sera pas en mesure de me fournir des services (ou au patient désigné) en l'absence de ce consentement signé.

C. J'ai lu le présent consentement au traitement et à la divulgation d'informations de santé, je comprends son contenu et j'y consens en toute connaissance de cause.

Je confirme que des services d'accès linguistique m'ont été proposés avant que je ne signe le présent formulaire de consentement au traitement et de consentement à la divulgation d'informations de santé.

OBLIGATOIRE

Nom du patient :_____Date de Naissance :_____
Signature du Patient :_____Date :_____
Parent/Tuteur :_____
Signature du parent/tuteur :_____Date :_____

READ ONLY

Community Health Centers

III. Assignment of Benefits

I authorize CHC to bill and receive payment directly from Medicaid /Medicare or any other insurance carrier for services provided to me.

I hereby assign to CHC all payments from Medicaid, Medicare, or any health insurance policy for health care, rendered to me by CHC.

I understand I am responsible for any unpaid balances incurred because of my care at CHC.

I understand that, to the best of my knowledge, the demographic information I have provided is true and correct.

A copy of the CHC payment expectations is available at your request.

IV. Termination and restrictions of this consent:

A. I understand that I have the right to cancel this consent at any time in writing, cancelling this consent will not affect any actions taken by CHC in reliance of this consent before it was cancelled. If not previously cancelled, this consent will end on the following date: _____. If none is indicated, this consent will end three years after the last date of services to me.

B. I understand that I may request restrictions on the use or disclosure of my health information for the purposes described in this consent and that CHC may or may not agree to the request. I also understand that except for those restrictions on use or disclosure of health information to which it agrees, CHC will not be able to provide services to you (or the named patient) without this signed consent.

C. I have read this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information, and I understand and knowingly consent to its content.

I confirm that language access services were provided to me before I signed this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information form. ☐

REQUIRED

Name of Patient:_____Date of Birth_____
Patient Signature:_____Date:_____
Parent/Guardian:_____
Parent/Guardian Signature:_____Date:_____

Initiales du dentiste :

Formulaire d'antécédents médicaux/dentaires

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

École fréquentée par l'enfant : _____ Date du jour : _____

Antécédents médicaux

Veuillez cocher ci-dessous les cases qui s'appliquent à votre enfant :

☐ Asthme
☐ Cancer
☐ Hépatite
☐ VIH/SIDA
☐ Hémophilie
☐ Diabète
☐ Allergies
☐ Malformation cardiaque congénitale
☐ Crises d'épilepsie
☐ Tuberculose
☐ Saignements anormaux
☐ Problèmes de sinus
☐ Anémie
☐ Rhumastisme articulaire aigu
☐ Handicap/incapacité
☐ Souffle cardiaque
☐ TDAH
☐ Spectre autistique
☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Autres informations sur la santé

Veuillez cocher ci-dessous les cases qui s'appliquent à votre enfant :

☐ Mon enfant fume des produits du tabac
- Si oui, en quelle quantité ? _____
- A-t-il ou a-t-elle envie d'arrêter ? _____

☐ Mon enfant consomme des drogues récréatives
☐ Mon enfant consomme de l'alcool
☐ Ma fille est enceinte ou pourrait l'être
☐ Mon enfant a des plaies inquiétantes dans la bouche
☐ Mon enfant a eu des problèmes avec des soins dentaires antérieurs
☐ On a dit à mon enfant qu'il ou elle devait prendre des antibiotiques avant de recevoir des soins dentaires
☐ Mon enfant rencontre des problèmes de sécurité à la maison ou avec ses amis
☐ Y a-t-il d'autres problèmes dentaires ou de santé dont vous aimeriez discuter aujourd'hui ?
- Si oui, décrivez-les :

_____

Votre enfant est-il ou est-elle allergique ou a-t-il/a-t-elle présenté une mauvaise réaction à l'un des produits suivants :

☐ Anesthésiques locaux
☐ Latex
☐ Aspirine
☐ Autre (veuillez préciser) : _____
☐ Codéine ou autres produits narcotiques
☐ Pénicilline ou autres antibiotiques
☐ Sédatifs ou somnifères
☐ Iode

READ ONLY

Community Health Centers
SCHOOL-BASED DENTAL CENTER

Dentist Initials:

Medical/Dental History Form

Child's Name: _____ Date of birth: _____

School Child Attends: _____ Today's date: _____

Medical History

Please check any of the following that apply to your child:

☐ Asthma
☐ Cancer
☐ Hepatitis
☐ HIV/AIDS
☐ Hemophilia
☐ Diabetes
☐ Allergies
☐ Congenital Heart Defect
☐ Seizures/Epilepsy
☐ Tuberculosis
☐ Abnormal Bleeding
☐ Sinus Trouble
☐ Anemia
☐ Rheumatic Fever
☐ Handicap/Disability
☐ Heart Murmur
☐ ADHD
☐ Autism Spectrum
☐ Other (please describe): _____

Other Health Information

Please check any of the following that apply to your child:

☐ My child smokes tobacco products
- If yes, how much? _____
- Are they interested in quitting? _____

☐ My child uses recreational drugs
☐ My child consumes alcohol
☐ My child is pregnant or possibly pregnant
☐ My child has sores in their mouth that are concerning
☐ My child has had trouble with previous dental work
☐ My child has been told they need antibiotics prior to past dental work
☐ My child has safety concerns at home or with friends
☐ Are there other dental or health concerns you would like to discuss today?
- If yes, please describe:

_____

Is your child allergic to or had a bad reaction to any of the following:

☐ Local anesthetics
☐ Latex
☐ Aspirin
☐ Other (please describe):
☐ Codeine or other narcotics
☐ Penicillin or other antibiotics
☐ Sedatives or sleeping pills
☐ Iodine

_____

Please list all the medications your student is taking (please include prescription and non-prescription drugs):_____

_____

Revised November 2023

Veuillez énumérer tous les médicaments que prend votre enfant (veuillez inclure les médicaments sur ordonnance et les médicaments en vente libre) :

_____

_____

Veuillez signer ci-dessous pour garantir des soins dentaires/de santé appropriés à votre enfant. À ma connaissance, j'ai répondu avec exactitude aux questions du présent formulaire. Je comprends que des informations incorrectes pourrait s'avérer dangereuses pour la santé de mon enfant. Il est de ma responsabilité d'informer le cabinet du prestataire de soins de santé de tout changement dans les antécédents médicaux de mon enfant.

Signature du parent/du tuteur : _____ Date : _____

Signature de la personne qui remplit le formulaire s'il ne s'agit pas du parent/du tuteur :

_____

No de téléphone de contact : _____

Consentement à la prestation de services

J'autorise le CHC – School-Based Dental Center à :

☐ Programmer et traiter mon enfant pour des besoins dentaires préventifs et réparateurs

☐ Ne programmer et traiter les besoins dentaires de mon enfant que lorsque j'en ai donné l'autorisation (verbale ou écrite)

☐ Ne programmer et traiter les besoins dentaires de mon enfant qu'en ma présence (sauf en cas d'urgence médicale, dentaire ou de santé mentale)

Personne à contacter en cas d'urgence/de hangement d'état de santé ou de garde

Je m'engage en outre à informer rapidement par écrit le personnel du CSC de ce qui suit :

- Tout changement dans la santé physique ou dentaire de mon enfant et
- Tout changement dans la garde ou la tutelle de mon enfant ayant une incidence sur ma capacité à fournir ce consentement au nom de mon enfant.

Accord concernant le transport vers et depuis le CHC – School-Based Dental Center

L'État du Vermont a passé un contrat avec l'agence de transport Special Services Transportation Agency (SSTA) pour fournir des services de transport aux élèves éligibles à Medicaid en direction ou en provenance des écoles de Burlington et des centres dentaires du CHC.

☐ Si mon enfant a besoin d'un transport comme indiqué ci-dessous, **je consens à ce que le CHC organise un transport SSTA pour emmener mon enfant de son école pour des soins dentaires et l'y ramener, sans que cela ne me coûte quoi que ce soit. Le** CHC peut divulguer des informations sur les besoins de mes enfants à des fins de transport et de paiement.

Veuillez noter que SSTA peut demander un remboursement à Medicaid pour ces services de transport.

Si mon enfant est examiné(e) à la fin de la journée scolaire, mon enfant :

☐ Doit être transporté(e) à domicile par SSTA.

☐ Est âgé(e) d'au moins 16 ans et peut quitter et rentrer chez lui/chez elle sous sa propre surveillance.

READ ONLY

Please sign below to ensure proper dental/ health care for your child. To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my child's health. It is my responsibility to notify the health care provider's office of any changes in my child's medical history.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Signature of person completing form if not parent/guardian: _____

Contact Phone: _____

Consent to the Provision of Services

I authorize CHC – School-Based Dental Center to:

☐ Schedule and treat my child for preventative and restorative dental needs

☐ Only schedule and treat my child for dental needs when I have given permission (verbal or written)

☐ Only schedule and treat my child for dental needs when I am present (except in the care of a medical, dental, or mental health emergency)

Emergency Contact/Changes in Health Status or Custody

I further agree that I will promptly inform CHC staff in writing of:

- Any change in my child's physical or dental health and
- Any change in the custody or guardianship of my child which affects my ability to provide this consent on behalf of my child.

Agreement Concerning Transportation to and from CHC – School-Based Dental Center

The State of Vermont has contracted with Special Services Transportation Agency (SSTA) to provide transportation services for Medicaid eligible students to and from Burlington's schools and the CHC Dental Centers.

☐ If my child needs transportation as indicated below, **I consent to having CHC schedule SSTA transportation take my child to and from their school for dental services, at no cost to me.** CHC may disclose information about my children's need for transportation and payment purposes.

Please note that SSTA may seek reimbursement from Medicaid for such transportation services.

If my child is seen at the end of the school day, my child:

☐ Should be transported home via SSTA.

☐ Is at least 16 years of age and may leave and walk home under their own supervision.

I (parent or guardian name) _____ have read the above material and understand its meaning. My signature is an acknowledgment that I have reviewed this form, understand the information and consent to all the actions described above. My signature also attests to the accuracy of the information provided on this form.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Signature of person completing form if not parent/guardian: _____

Contact Phone: _____

Je, soussigné(e) (nom du parent ou du tuteur) _____
ai lu le document ci-dessus et en comprends la signification. En apposant ma signature, je reconnais avoir pris connaissance du présent formulaire, avoir compris les informations qu'il contient et consentir à toutes les actions décrites ci-dessus. Ma signature atteste également de l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire.

Signature du parent/du tuteur : _____ Date : _____

Signature de la personne qui remplit le formulaire s'il ne s'agit pas du parent/du tuteur :
_____

No de téléphone de contact : _____

READ ONLY

Community Health Centers

Student's Name:_____ **Student's Date of Birth:** _____
(Last) (First) (MI)

Important Information About Silver Diamine Fluoride

Silver Diamine Fluoride (SDF): Is an antibiotic liquid. We apply it to teeth to help STOP tooth decay. SDF causes the decay to turn black; ONLY THE DECAYED area will turn black. Healthy tooth structure will not be affected. In some cases the tooth may not require any additional dental treatment.

Benefits of using SDF:

- Patient does not need to get a shot, no numbing medicine needed! Application of SDF is painless as it is brushed onto the tooth surface just like regular fluoride!
- Painless and easy to apply!

Disadvantages of SDF:

- Most effective with multiple applications.
- The teeth treated may still need routine dental treatment in the future (fillings, extraction) depending on the extent of decay.

I am the Parent/Guardian of:

Name_____ **DOB**_____.

I consent to the use of SDF as prescribed by the CHC provider:

Yes_____ No_____

My signature below is an acknowledgement that I have reviewed this form, understand the information, and consent to all of the actions listed above.

Signature of Parent/Guardian_____Date_____