

Patient Name:

DOB:

MR #:

Access Community Health Centers
2901 West Beltline Highway, Ste 120, Madison, WI 5371
**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL
DEL PROGRAMA CELEBRATE SMILES**



Access Community Health Centers

Index to Consent – Treatment/Procedures

Fecha: _____

El programa “Celebrate Smiles”, operado por los Centros de Salud Comunitaria Access, pronto llegará a la escuela de sus hijos. Los exámenes preventivos y los tratamientos dentales se realizarán durante un período de una a cuatro semanas. El tratamiento puede incluir visitas de seguimiento durante los próximos 18 meses para evaluar el trabajo previo, para un segundo tratamiento con flúor o para proporcionar más atención dental.

Marque sí a continuación y firme en la última página si usted desea que su hijo(a) participe en este programa y reciba servicios dentales en la escuela. Nuestro personal dental enviará a casa un resumen escrito de los servicios proporcionados a su hijo(a).

Los exámenes preventivos y los procedimientos serán proporcionados por el personal dental del programa “Celebrate Smiles”, dirigido por un dentista licenciado de los Centros de Salud Comunitaria Access.

Los procedimientos podrían incluir:

- Limpieza dental: para remover la capa causante de las caries que está pegada a los dientes.
- Sellantes dentales: es un revestimiento de plástico que libera flúor que se coloca en los dientes para protegerlos de las caries.
- Extracciones: extracción de un diente.
- Barniz de flúor: revestimiento aplicado con un cepillo sobre los dientes para ayudar a protegerlos de las caries.
- Empastes (rellenos): remover la parte del diente que tiene una carie y luego colocar un relleno en esa área.
- Anestésico local: Medicamento que adormece la boca y se usa durante algunos tratamientos dentales para prevenir las molestias o el dolor.
- Fluoruro Diamino de Plata (FDP): Un medicamento tópico utilizado para prevenir y tratar las caries.
- Mantenedor de espacio: se usa entre los dientes cuando los dientes de leche se caen antes de tiempo para mantener el espacio para los dientes permanentes.

Por favor complete toda la información para participar en el programa “Celebrate Smiles”. Por favor complete el frente y el reverso de este formulario.

- SÍ**, yo deseo que mi hijo(a) reciba servicios dentales a través del programa “Celebrate Smiles”.
- NO**, yo no deseo que mi hijo(a) reciba servicios dentales a través del programa “Celebrate Smiles”.
- (Si responde no, por favor solo complete el nombre y el grado a continuación)

Escuela: _____ Maestra(o): _____ Grado: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Hombre Mujer No binario X

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Correo electrónico: _____

- Grupo étnico (elija uno):** Hispano No Hispano Desconocido
- Raza (elija uno):** Blanca Negra/Afroamericana Asiática
- Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano/Islas del Pacífico
- Desconocido/No está disponible

Hable conmigo sobre el tratamiento de mi hijo(a)

Por favor complete el reverso.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Access Community Health Centers
2901 West Beltline Highway, Ste 120, Madison, WI 5371
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL
DEL PROGRAMA CELEBRATE SMILES

Index to Consent – Treatment/Procedures

Asistencia Médica/BadgerCare o Seguro Dental

¿Su hijo(a) tiene Asistencia Médica/BadgerCare?

NO SI Si es sí, escriba el número de identificación (ID) de Medicaid del niño:

¿Su hijo(a) tiene otro seguro dental? (Se facturará al seguro por el tratamiento)

NO SI Si es sí, escriba la información del seguro dental del niño:

Compañía de Seguro Dental: Nombre del Suscriptor:

Fecha de Vigencia del Seguro:

Dirección de la Compañía de Seguro:

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: Número de Seguro Social del Suscriptor:

ID del Suscriptor o número de Miembro: Número de Grupo:

Si su hijo(a) recibe cobertura de Medicaid de Wisconsin/BadgerCare y/u otro seguro, los Centros de Salud Comunitarios Access facturarán a ese plan de seguro y/o Medicaid/BadgerCare por los servicios proporcionados a su hijo(a). Access no le enviará la factura a usted. Yo doy mi consentimiento para que los Centros de Salud Comunitaria Access y cualquier dentista involucrado en la atención de mi hijo(a) divulguen (compartan) al Programa Medicaid y sus agentes u otras compañías de seguro la información necesaria para obtener la aprobación del pago de la atención o para procesar los reclamos. Yo autorizo a que el pago de cualquier beneficio de Medicaid o del seguro dental se haga directamente al dentista de Access involucrado en la atención de mi hijo(a).

Este consentimiento tendrá una validez de 18 meses a partir de la fecha de su firma, o hasta que se firme otro formulario.

FIRMAS AUTORIZANTES (AUTHORIZING SIGNATURES):

Firma del Paciente/Representante: Fecha: Hora:

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en letra de molde: Relación:

- El Paciente es: Menor de edad Incompetente / Incapacitado
Autoridad Legal: Tutor Legal Padre/Madre de un Menor
Agente de Cuidados Médicos Otro:

Physician Signature*: Print Physician Name*:

Date: Time: Pager#:

Firma del Intérprete o Lector (si es pertinente) Firma del Testigo**

Nombre del Intérprete o Lector en Letra de Molde Nombre del Testigo en Letra de Molde

Fecha (Date) Hora (Time) Fecha (Date) Hora (Time)

* Provider can be Physician or Advanced Practice Provider performing the procedure.
** Only required if patient signature not obtained by physician or when telephone consent obtained.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: El Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Centros de Salud Comunitaria Access se encuentra disponible en accesscommunityhealthcenters.org y en el Programa "Celebrate Smiles" para su revisión si lo solicita.

¿Preguntas? Llame al Equipo de "Celebrate Smiles" de los Centros de Atención Comunitaria Access al (608) 443-5482 (TTY: 711).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hurau 1-608-443-5482 (TTY: 711).
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-608-443-5482 (TTY: 711).

Patient Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

Index to Consent – Treatment/Procedures

Date: _____

Access Community Health Centers
2901 West Beltline Highway, Ste 120, Madison, WI 5371
CELEBRATE SMILES CONSENT FOR DENTAL TREATMENT



Access Community Health Centers

The Celebrate Smiles program, operated by Access Community Health Centers, will soon be at your child’s school. Dental screenings and treatment will take place over a one to four week period. Treatment may include follow-up visits over the next 18 months to check on previous work, for a second fluoride treatment or to provide more dental care.

Check yes below and sign on the last page if you want your child to participate in this program and receive dental services at school. Our dental staff will send home a written summary of services provided for your child.

The screening and procedures will be provided by the Celebrate Smiles dental staff, led by a licensed dentist from Access Community Health Centers.

Procedures could include:

- Dental cleaning: Removing cavity-causing film stuck on teeth.
- Dental sealants: Fluoride releasing plastic coating put on teeth to protect them from cavities.
- Extraction: Removing a tooth.
- Fluoride varnish: Coating brushed on teeth to help protect them from cavities.
- Fillings: Removing the portion of a tooth with a cavity and then putting a filling in that area.
- Local anesthetic: Medicine that makes the mouth numb and is used during some dental treatments to prevent discomfort or pain.
- Silver Diamine Fluoride (SDF): A topical medication used to treat and prevent cavities.
- Space Maintainer: A space holder used in between teeth after baby teeth are lost early to make space for permanent teeth.

Please complete all the information to participate in the Celebrate Smiles program. Please fill out the **front and back** of this form.

YES, I would like my child to receive dental services through the Celebrate Smiles program.

NO, I don’t want my child to receive dental services through the Celebrate Smiles program.

(If no, please fill out only name and grade below)

School: See Spanish Version

Teacher: See Spanish Version

Grade: _____

Child’s Name: See Spanish Version

Birthdate: See Spanish Version

Male Female Nonbinary X

Address: See Spanish Version

Telephone: See Spanish Version

City: See Spanish Version

Zip: See Spanish Version

Email: See Spanish Version

Ethnicity (select one): Hispanic Non-Hispanic Unknown

Race (select one): White Black/African American Asian

American Indian/Alaska Native

Native Hawaiian/Pacific Islander

Unknown/Not Available

Contact me about my child’s treatment

Please fill out the back side.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Access Community Health Centers
2901 West Beltline Highway, Ste 120, Madison, WI 5371
**CELEBRATE SMILES CONSENT FOR DENTAL
TREATMENT**

Index to Consent – Treatment/Procedures

Medical Assistance/BadgerCare or Dental Insurance

Does your child have Medical Assistance/BadgerCare?

NO YES If yes, list the child's Medicaid number ID: See Spanish Version

Does your child have other dental insurance? (Insurance will be billed for treatment)

NO YES If yes, list the child's dental insurance information:

Dental Insurance Company: See Spanish Version Subscriber Name: See Spanish Version

Effective Date of Insurance: See Spanish Version

Insurance Company Address: See Spanish Version

Subscriber Date of Birth: See Spanish Version Subscriber Social Security #: See Spanish Version

Subscriber ID or Member #: See Spanish Version Group #: See Spanish Version

If your child is covered by Wisconsin Medicaid/BadgerCare and/or other insurance, Access Community Health Centers will bill that insurance plan and/or Wisconsin Medicaid/BadgerCare for services provided to your children. Access will not bill you. I consent to Access Community Health Centers and any dentist involved in my child's care to release (share) to the Medicaid Program and their agents or other dental insurance company the information necessary to obtain approval for payment for care or to process claims. I authorize payment of any Medicaid or other dental insurance benefits directly to the Access dentist involved in my child's care.

This consent will be valid for 18 months from the date of signature, or until another form is signed.

AUTHORIZING SIGNATURES:

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version Date: See Spanish Version Time: See Spanish Version

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do to.

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

- Patient is: Minor Incompetent/Incapacitated
- Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor
 Health Care Agent Other: _____

Physician Signature*: See Spanish Version Print Physician Name*: See Spanish Version

Date: See Spanish Version Time: See Spanish Version Pager#: See Spanish Version

See Spanish Version

Interpreter or Reader Signature (if applicable)

See Spanish Version

Print Interpreter or Reader Name

See Spanish Version

Date Time

See Spanish Version

Witness Signature**

See Spanish Version

Print Witness Name

See Spanish Version

Date Time

* Provider can be Physician or Advanced Practice Provider performing the procedure.

** Only required if patient signature not obtained by physician or when telephone consent obtained.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: Access Community Health Centers' Notice of Privacy Practices is available at accesscommunityhealthcenters.org, and with the Celebrate Smiles program for review at your request.

Questions? Call Access Community Health Centers' Celebrate Smiles Team at (608) 443-5482 (TTY: 711).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hurau 1-608-443-5482 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-608-443-5482 (TTY: 711).