

FREE DENTAL SERVICES AT YOUR CHILD'S SCHOOL

Important: Please return a signed permission slip to use this free service.

Free services include:

- Dental screening: Our dental professional looks in the student's mouth to check the health of teeth and gums.
- Dental sealants: Coatings may be put on the student's back teeth to prevent cavities.
- Fluoride: Brushed on teeth, this vitamin makes teeth stronger and prevents cavities.



Why you should sign your child up for free services:

- Healthy teeth are important to your overall health.
- When dental sealants are done in school you miss less work and your child misses less school.
- Dental sealants are done by dental care professionals.
- See your dentist at least once a year.



Fluoride is put onto teeth with a small brush.

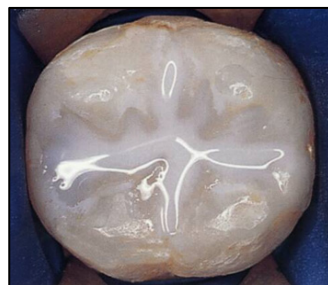
For more information, please
call us at

503-521-7166.

Before Sealant



After Sealant



The Problem: Cavities

- Cavities are the most common childhood disease.
- About 50% of children aged 5-11 years have at least one cavity¹.

The Solution: Dental Sealants

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not².
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth³.

¹ CDC. Children's Oral Health. [https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%](https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20)

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochran Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

Importante: Por favor, devuelva la hoja firmada de permiso para utilizar este servicio gratuito.

Los servicios incluyen:

- Examen dental gratuito: nuestro profesional dental examina la boca del alumno para evaluar la salud general de los dientes y las encías.
- Selladores dentales gratuitos: revestimientos que se ponen en los dientes posteriores del alumno para prevenir las caries.
- Flúor gratuito: cepillado sobre los dientes, esta vitamina fortalece los dientes y previene las caries.



Por qué debería inscribir a su hijo en los servicios gratuitos:

- Tener dientes sanos es importante para su salud en general.
- Cuando los selladores dentales se colocan en la escuela, usted falta menos al trabajo y su hijo falta menos a la escuela.
- Los profesionales en el cuidado dental colocan los selladores dentales.
- Visite a su dentista por lo menos una vez al año.



El flúor se aplica en los dientes con un cepillo pequeño.

Para más información,
llámenos al
503-521-7166.

Antes del sellador



Después del sellador



Problema: la caries

- La caries es la enfermedad más común en los niños.
- Alrededor del 50% de los niños de 5 a 11 años tienen al menos una caries¹.

Solución: los selladores dentales

- Los alumnos a quienes se les colocan selladores tienen un 50% menos de caries que aquellos a quienes no se les colocan².
- La aplicación de flúor previene el 43% de las caries en los dientes permanentes y el 37% de las caries en los dientes de leche³.

¹ CDC. Children's Oral Health. [https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%](https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20)

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

Permission Slip for Free Dental Services



Free dental screenings, sealant placements, and brushed-on fluoride are offered at your child's school. These services are done by dental care professionals and will help prevent cavities.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: _____		
School: _____		

Check **ONE BOX** below to sign up for this free service:

- Yes, to screening, sealants and fluoride
- Yes, to screening and sealants
- Yes, to screening and fluoride
- Yes, to screening only

* NOTE: If more than one "yes" box is checked, all approved services will be provided.

NO, do not provide any dental services for my child

Contact Information	
Parent/Guardian:	Preferred Language:
Best phone number to reach you:	Permission to Text: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Email address:	
Mailing address:	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications):	None: <input type="checkbox"/>
My child is allergic to:	None: <input type="checkbox"/>
Any current medical conditions:	None: <input type="checkbox"/>
Any behavioral considerations:	None: <input type="checkbox"/>
Other information to help us better serve your child:	None: <input type="checkbox"/>

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____ <input type="checkbox"/> No health insurance	These services are FREE!
As the legal parent/guardian, I consent for 24 months to the release and sharing of information, including personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices," also available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms . I understand that a dental student closely supervised by a licensed professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	

Hoja de permiso para servicios dentales gratuitos



En la escuela de su hijo se ofrecen revisiones dentales y servicios de aplicación de selladores y barniz de flúor gratuitos. Estos servicios, que ayudarán a prevenir las caries, son llevados a cabo por profesionales de la atención dental.

Nombre del niño: _____		
(Apellido)	(Nombre)	(Nombre preferido)
Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____ Maestro: _____ Grado: _____		
Escuela: _____		

Marque **UNA CASILLA** a continuación si desea registrarse en este servicio gratuito:

- Sí, para revisiones, aplicación de selladores y barniz de flúor
- Sí, para revisiones y aplicación de selladores
- Sí, para revisiones y aplicación de barniz de flúor
- Sí, únicamente para revisiones

* NOTA: Si marca "Sí" en más de una casilla, se brindarán todos los servicios que autorice.

NO, no brindar ningún servicio dental para mi hijo/a

Información de contacto	
Padre/Madre/Tutor:	Idioma preferido:
Número telefónico para comunicarnos con usted:	Permiso para enviar mensajes de texto: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal:	

Proporcione la siguiente información para poder atender mejor a su hijo/a:

Mi hijo toma (indique sus medicamentos):	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Mi hijo es alérgico a:	Nada: <input type="checkbox"/>
Padecimientos médicos actuales:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Consideraciones sobre su comportamiento:	Ninguna: <input type="checkbox"/>
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo:	Ninguna: <input type="checkbox"/>

Llene la siguiente sección. Usted no recibirá ninguna factura.

Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Núm. de identificación del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)/Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Compañía de seguro dental privado _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	¡Estos servicios son GRATUITOS!
En mi carácter de padre/madre/tutor legal, doy mi autorización por un período de 24 meses para divulgar e intercambiar información, incluida cualquier información médica personal, entre el personal de atención dental, el personal de la escuela, las compañías de seguro, el dentista del menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Atención Dental registrada. Recibí una copia de los "Avisos sobre prácticas de privacidad". Las prácticas de privacidad pueden consultarse en el sitio web de All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms . Entiendo que un estudiante dental bajo la estricta supervisión de un profesional autorizado puede realizar el tratamiento.	
Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____	



SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at All Smiles Community Oral Health. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
 - Provide treatment to you.
 - Get paid for the services we provide to you.
 - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting.
 - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.

- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
 - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive.
 - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition.

- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**

- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
 - Ask to see and copy your medical information.
 - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected.
 - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations.
 - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to your request.
 - Ask that we communicate with you in a confidential manner.
 - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time.
 - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information.
 - File a complaint if you think your privacy rights have been violated.
 - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider.



RESUMEN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La confidencialidad de su información médica amparada, llamada también “expediente médico”, es una prioridad importante en All Smiles Community Oral Health. Hay diversas razones por las cuales quizá debamos utilizar dicha información o divulgarla a otras personas o entidades. El presente Aviso de Prácticas de Privacidad tiene por finalidad informarle sobre las maneras en que podemos utilizar y divulgar la información de su expediente médico. LA PRESENTE PÁGINA NO ES EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMPLETO, el cual está disponible de solicitarse. Además de nuestro largo compromiso de proteger su información, existen ciertas obligaciones que debemos asumir bajo la ley federal. Una de dichas obligaciones es proporcionarle el presente aviso a usted. De solicitarse, el Aviso se facilitará en otros idiomas.

ASPECTOS EXPLICADOS EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMPLETO:

- **La manera en que podemos utilizar y divulgar su información médica sin su permiso para:**
 - Brindarle tratamientos;
 - Recibir pago por los servicios que le prestemos;
 - Elaborar reportes para agencias federales, estatales y locales, así como para otras entidades cuando así lo exija la ley;
 - Elaborar reportes o divulgar información para fines de salud y seguridad públicas y/o para fines de investigación.
- **La manera en que podemos divulgar su información sin su permiso, pero sólo si le damos la oportunidad de negarse:**
 - Divulgar información sobre usted a su familia, amigos y otras personas que participen en su cuidado para recibir pago por los servicios que se le presten;
 - Dar a conocer información sobre usted en el caso de un desastre para informar su paradero y condición general a su familia y amigos.
- **La manera en que podemos utilizar y divulgar su información médica sólo con su permiso en circunstancias que no se hayan descrito arriba.**
- **Entre sus derechos legales bajo las leyes de privacidad federales figura su derecho de:**
 - Pedir revisar y fotocopiar su información médica;
 - Pedir que se corrija la información de su expediente médico que esté incorrecta o incompleta;
 - Pedir una lista de lugares a los que hemos enviado su información médica a menos que haya sido enviada con su permiso, para fines de pago, tratamiento u operaciones médicas;
 - Pedir que restrinjamos la información que utilizamos o divulgamos para fines de tratamiento, pago u operaciones médicas, o la información que divulgamos a sus familiares o a otras personas que participen en su cuidado. No tenemos la obligación de aceptar su pedido;
 - Pedirnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial;
 - Pedir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento;
 - Que se le notifique en caso de que se viole su información médica amparada no segura;
 - Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados;
 - Pagar de su propio bolsillo el costo total de un artículo o servicio médico y restringir la divulgación de dicho artículo o servicio en particular al proveedor de su plan médico.