

Smart Smiles



Dear Parents/Guardians,

Smart Smiles is a school based oral health program that focuses on dental disease prevention. Oral care is provided at the school during school hours and serves both insured and uninsured students. **There are no fees to the child or the family for our services**, but insurance (including Medicaid/CHIP) will be billed if eligible. **For every insured child we see, we are able to provide care to a low-income uninsured child.**

Your child will receive one or more of the following preventative services:

- A dental exam is performed by a dentist either onsite at the school or via tele-dentistry methods (through computer/internet).
- The oral health assessment provides the dental hygienist with information that is used to determine treatment and oral health education to the child.
- Dental x-rays are images that can show areas of the teeth and gums that are not visible during a regular exam. They can help confirm cavities or other infections in the teeth and bone.
- A dental cleaning removes all the hard and soft material that forms on the child's teeth.
- Dental sealants are a thin plastic coating painted on the chewing surfaces of the back teeth. They are bonded to the tooth to help prevent decay as your child grows.
- Silver Diamine Fluoride is a solution that is placed in a cavity to stop decay. The solution *will turn the cavity black*, but will help keep the tooth from being destroyed by bacteria until it can either be fixed or if it's a baby tooth, falls out.
- Fluoride varnish is applied to the teeth to strengthen them and help them be more resistant to decay.

All restorative dental needs will be referred to your current dental home provider or a dental office/clinic in your community. We are happy to send our findings, including X-rays to your current dental home for review.

You can sign-up by turning this application into the office at your school or by going online to:

www.smartsmlles.dental

If you have any questions, or if you have any other children that attend this school and would like them to participate in our program, please contact us by phone: (801)649-4222 or email: support@smartsmlles.dental

Smart Smiles



Estimados padres / tutores,

Smart smiles es un programa de salud bucal que se enfoca en la prevención dental. El cuidado bucal será acabo en la escuela durante el horario escolar y sirve a todos los estudiantes, con o sin seguro médico, independientemente de su capacidad de pago. No hay tarifas para el niño o la familia por nuestros servicios, pero el seguro (incluido Medicaid / CHIP) se facturará si es elegible. Su hijo recibirá un examen dental por parte de un dentista (a través de tele-dentistry) y una evaluación de salud bucal y servicios preventivos por parte de un higienista dental. Todas las necesidades de restauración dental se remitirán a su proveedor actual de servicios dentales o a un consultorio / clínica dental en su comunidad. Nos complace enviar nuestros hallazgos, incluidas las radiografías, a su hogar dental actual para su revisión. Vemos que por cada niño asegurado podemos proporcionar atención a un hijo o hija sin seguro.

Su hijo recibirá uno o más de los siguientes servicios preventivos:

- Un dentista realiza un examen dental, ya sea en el sitio de la escuela o mediante métodos de tele-centro (a través de computadora / internet). La evaluación de salud bucal proporciona al higienista dental información que se utiliza para determinar el tratamiento y la educación de salud bucal de su hijo o hija.
- Las radiografías dentales son imágenes que pueden mostrar áreas de los dientes y las encías que no son visibles durante un examen regular. Pueden ayudar a confirmar las caries u otras inflexiones en los dientes y los huesos.
- Una limpieza dental elimina todo el sarro duro y blando que se forma en los dientes del niño.
- Los selladores dentales son una capa delgada de plástico pintada en las superficies de masticación de la parte posterior de los dientes. Están unidos al diente para ayudar a prevenir la caries a medida que su hijo crece.
- El fluoruro de diamina de plata es una solución que se coloca en la cavidad para detener la descomposición. La solución volverá negra la carie, pero ayudará a que el diente sea destruido por las bacterias hasta que pueda repararse si se trata de un diente de leche, hasta que se cae el diente.
- El barniz de flúor se aplica a los dientes para fortalecerlos y ayudarlos a ser más resistentes a las caries.

Puede inscribirse convirtiendo esta solicitud en la oficina de su escuela o ingresando en línea a:

www.smartsmiles.dental

Si tiene alguna pregunta, o si tiene otros niños que asisten a esta escuela y desea que participen en nuestro programa, contáctenos por teléfono: 801-649-4222 o por correo electrónico: support@smartsmiles.dental



STUDENT INFORMATION

Student's Full Name (First, Middle, Last) School

Yes! I want my child to participate in this school-based dental program. (Please complete the rest of this form)

No, I don't want my child to participate in this school-based dental program. (Stop here and return form to school)

Student's Birthdate Male/Female Grade

Address

City State Zip

Parent/Guardian Contact Name Parent Phone Number Parent Email

Race (Mark at all that apply): White/Caucasian Hispanic/Latino African American

Native Hawaiian American Indian Asian Other, list:

Primary Language Spoken in Home:

English Spanish Other, list:

MEDICAL/DENTAL HISTORY

Please rate your child's anxiety toward the Dentist

(Not Anxious) 0 1 2 3 4 5 (Extremely Anxious)

Is your child experiencing oral pain? No Yes, please explain:

Does your child have any past or present medical or dental conditions?

No Yes, please explain:

Is your child taking any medications? No Yes, please list:

Does your child have any allergies? No Yes, please list:

Is there anything else we should know about your child prior to treatment?

When was the last time your child saw a dentist?

6 months-1 year 1-2 years More than 3 years Only for emergencies

Has never seen a dentist

Does your child have a regular Dentist/Dental office? No Yes, list below:



INSURANCE INFORMATION

Dental Insurance Name	Policy Holder Name	Policy Holder Birthdate
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Policy Number	Group Number	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Medicaid/Chip Number	Child's Name on Card	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

My student is uninsured. If this is checked the below section is REQUIRED.

Demographics

(This information is required if your child does not have dental insurance.)

It is used to help us apply for grants to help fund low-income uninsured/underinsured children.)

My child qualifies for free and reduced lunch: Yes No

Number of People in Household: Monthly Income:

My child lives with the following: Both Parents Single Mother Single Father Other

Our current housing is: Own Rent Homeless Other

Our current source of income is:

<input type="checkbox"/> Employment Only	<input type="checkbox"/> No Income
<input type="checkbox"/> Employment Plus Other	<input type="checkbox"/> TANF (Medicaid, Food Stamps, Financial Assistance)
<input type="checkbox"/> Unemployment	<input type="checkbox"/> Social Security Income
<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> General Assistance
<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> Other

CONSENT TO TREATMENT

I authorize Smart Smiles Utah to provide any/all of the following preventative oral healthcare services: Oral Health Assessment, X-Rays, Dental Cleaning, Fluoride Varnish, Tele-exam by a Dentist, SDF application and/or Sealants. I understand that the treatment provided by a Registered Dental Hygienist does not take the place of an exam by a Dentist. I recognize that there are certain inherent risks associated with the above-described activity. I understand that it is my responsibility to follow-up with any recommended treatment. I authorize Smart Smiles Utah to bill all applicable insurance (including Medicaid/CHIP) for all services provided. I allow my child's image to be used by Smart Smiles Utah. Information will be kept confidential and only be used for necessary and applicable needs pertaining to the care provided, including distribution to clinical providers for follow-up care. If uninsured, I authorize Smart Smiles Utah to share my contact information with Take Care Utah to help see if I qualify for state or low cost dental coverage. An explanation of how information may be used and/or disclosed is included in our Notice of Privacy Practices, which can be found on our website: www.smartsmiles.dental. Unless otherwise directly communicated to Smart Smiles Utah, this authorization renews annually.



Signature	Relationship to student	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante (primer nombre, Segundo nombre, apeido) Escuela

- Si, quiero que mi hijo/hija participa en este programa dental basado en al escuela. (Por favor complete este forma.)
- No, no quiero que mi hijo/hoja participa en este programa dental basado en la escuela. (Detener aqui y devuelve este forma a la escuela.)

Fecha de Nacimiento Hombre/Mujer Grado

Dirección

Cuidad Estado Código postal

Nombre del Padre/Guardián Teléfono del Padre/Guardián Correo Electrónico del Padre/Guardián

- Raza:(marque todo lo que corresponda) Blanco/Caucásica Hispano/Latino Afroamericano
- Hawaiano nativo Indio Americano Asiático Otro, por favor liste:
- Los idiomas que hablan en casa::
- Ingles Espanol Otro, idioma por favor liste:

HISTORIA MEDICA / DENTAL

Tiene su hijo/hija ansiedad relacionada al dentista?

(No ansioso) 0 1 2 3 4 5 (Muy ansioso)

Su hijo/hija ha experimentado dolor/bucal? No Si, por favor liste:

Su hijo/hija tiene algún condición médica o dental pasada o presente? No Si, por favor liste:

Su hijo/hija esta tomando medicamento?? No Si, por favor liste:

Su hijo/hija esta alérgico a algo? No Si, por favor liste:

Hay algo más que tenmos que saber de su hijo/hija antes de tartar a su hijo/hija?

Cuando fue la última vez que su hijo/hija ha ido al dentista?

6 meses-1 año 1-2 años Más de 3 años Solemente para emergencias

Nunca ha ido al dentista

Si hijo/hija tiene un dentist/consultorio dental regular van a ver? No Si, por favor liste:



INFORMACION DEL SEGURO

Nombre de seguro dental	Nombre de la persona de la póliza	Fecha de nacimiento de la persona con la póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Póliza	Número del Grupo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de Medicaid/Chip	Nombre del su hijo/hija en al tarjeta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Mi estudiante no tiene seguro. Si esto está marcado, se REQUIERE la siguiente sección.

Demografia

(Esta información es necesaria si su hijo/hija no tiene seguro dental. Se utiliza para ayudarnos a solicitar subvenciones para ayudar a financiar bajos ingresos niño/niña sin seguro/conseguro insuficiente.)

Mi hijo/hija está en almuerzo gratis o reducido: Si No

Número de padres y hijo/hija en su familia: Ingreso mensual:

Su hijo/hija vive con cuales de los siguientes familiares: Ambos padres Madre soltera
 Padre soltera Otro:

Nuestra vivienda actual es:
 Casa propia Renta Sin domicilio Otro:

Su Fuente de ingresos es:

<input type="checkbox"/> Empleo solamente	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
<input type="checkbox"/> Empleo mas otro	<input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Pago)
<input type="checkbox"/> Seguro social	<input type="checkbox"/> Asistencia general
<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Otro:

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Autorizo a Smart Smiles Utah a proporcionar cualquiera / todos los siguientes servicios preventivos de atención medica oral: evaluación de salud bucal, radiografías, limpieza dental, barniz de flúor, tele-examen del dentista, aplicación de SDF y / o selladores. Entiendo que el tratamiento proporcionado por un Registrado Higienista Dental no reemplaza el examen de un dentista. Reconozco que hay ciertos riesgos inherentes asociados con la actividad descrita anteriormente. Entiendo que es mi responsabilidad hacer un seguimiento con cualquier tratamiento recomendado. Autorizo a Smart Smiles Utah a facturar a todos los seguros aplicables (incluido Medicaid / CHIP) por todos los servicios prestados. Permito que la imagen de mi hijo sea utilizada por Smart Smiles Utah. La información se mantendrá confidencial y solo se utilizará para las necesidades necesarias y aplicables relacionadas con la atención brindada, incluida la distribución a proveedores clínicos para atención de seguimiento. Si no tengo seguro, autorizo a Smart Smiles Utah a compartir mi información de contacto con Take Care Utah para ayudar a ver si mi hijo califico para cobertura dental estatal o de bajo costo. Explicación de cómo se puede usar y / o divulgar la información se incluye en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que se puede encontrar en nuestro sitio web: www.smartsmiles.dental. A menos que se comunique directamente a Smart Smiles Utah, esta autorización se renueva anualmente.

Firma aqui _____

Firma	Relacion con el Estudiante	Fecha
-------	----------------------------	-------