



**School-Linked Dental  
Program Treatment Consent  
616.776.2366**

NG #:
Exam / X-ray:

School:
Teacher:

This consent is for dental services to be completed at school. These services include dental exams, x-rays, cleaning, fluoride and sealants (if needed) at school. I understand that my insurance company, if I have coverage, will be billed for services rendered. All students are served regardless of the ability to pay.

**Please complete all of the information below if you would like your child seen for dental services. If not, please only print your child's name and sign at the bottom of the form.**

Child's Legal Name	Date of Birth	Age	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Language spoken at home
Address		City	Zip Code	
Mother's / Guardian Name	Date of Birth	Phone #	Email	
Father's / Guardian Name	Date of Birth	Phone #	Email	

Number in Household	Household Income Per Year	Which group describes you best?		
		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/> More than one group	<input type="checkbox"/> White
		<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Latino or Hispanic
		<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Not Latino or Hispanic

**Medicaid / Dental Insurance Information**

Does your child have Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Child's Medicaid #	
Name of insured parent	Insured's date of birth	Insured's social security number
Name of employer	Name of dental insurance / state	Policy number

**Patient Medical History**  
*This section must be completed to be seen*

My child has been hospitalized for a heart problem:  Yes  No

**By signing and *completing* this form, I agree I am the legal guardian and consent for my child to receive dental services. This also includes consent for Cherry Health staff members to share my child's information with relevant school staff.**

Parent / Guardian Signature	Date
-----------------------------	------



**Consentimiento de  
tratamiento para el programa  
dental vinculado a la escuela  
616.776.2366**

NG #:
Exam / X-ray:

School:
Teacher:

Este consentimiento es para que los servicios dentales se realicen en la escuela. Estos servicios incluyen examen dental, Rayos X, limpieza, fluoruro y selladores (si es necesario) en la escuela. Entiendo que, si tengo cobertura, se le facturará a mi compañía de seguro por los servicios proporcionados. Todos los alumnos son atendidos sin importar su capacidad de pago.

**Complete toda la información a continuación si desea que su hijo sea atendido por servicios dentales. De lo contrario, solo escriba el nombre de su hijo y firme al pie del formulario.**

Nombre legal del niño	Fecha de nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma hablado en casa
Dirección	Ciudad		Código postal	
Nombre de la madre / tutor	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Email	
Nombre del padre / tutor	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Email	
Número de personas en la familia	Ingresos del hogar por año	¿Qué grupo le describe mejor?		
		<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Más de un grupo	<input type="checkbox"/> Blanco
		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Latino o Hispano
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> No latino o Hispano		

**Información de Medicaid / Seguro Dental**

¿Tiene su hijo Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número de Medicaid del niño	
Nombre del padre asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Número de seguro social del asegurado
Nombre del empleador	Nombre del seguro dental / estado	Número de póliza

**Historial Medico del Paciente**

***Esta sección debe completarse para que se le atienda***

Mi hijo ha sido hospitalizado por un problema cardíaco:  Si  No

**Al firmar y completar este formulario, acepto que soy el tutor legal y consiento que mi hijo reciba servicios dentales. Esto también incluye el consentimiento para que los miembros del personal de Cherry Health compartan la información de mi hijo con el personal escolar relevante.**

Firma del Padre / Tutor	Fecha
-------------------------	-------