

Fluoride Varnish for Healthy Teeth

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

Free fluoride varnish and dental screenings are offered at your child's school!

A dental screening is a quick look inside your child's mouth to check the overall health of their teeth. Fluoride varnish is a protective coating brushed on the teeth.

For more information, please call us at **503-521-7166.**

What you need to know:

- Fluoride varnish is a safe and quick way to protect teeth from cavities.
- Fluoride varnish does not hurt.
- Screenings and fluoride varnish are done by dental care professionals.

Keeping a healthy smile:

- Brush and floss every day.
- Use fluoride toothpaste the size of a grain of rice.
- Choose healthy snacks such as fruits and vegetables.
- Try drinking water over juice.
- Healthy baby teeth will help prevent problems in adult teeth.
- See a dentist at least once a year.



Barniz de flúor para unos dientes sanos

Importante: Devuelva una hoja de permiso firmada para usar este servicio gratuito

Se ofrecen revisiones dentales y barniz de flúor gratuitos en la escuela de su hijo/a.

Una revisión dental es un vistazo rápido dentro de la boca de su hijo/a para revisar la salud general de sus dientes. El barniz de flúor es una capa protectora que se aplica sobre los dientes.

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

Lo que necesita saber:

- El barniz de flúor es una forma segura y rápida de proteger a los dientes de la caries.
- El barniz de flúor no es doloroso.
- Profesionales de atención dental realizan las revisiones y aplican el barniz de flúor.

Cómo mantener una sonrisa sana

- Cepílese los dientes y use hilo dental todos los días.
- Use pasta de dientes con flúor del tamaño de un grano de arroz.
- Elija botanas saludables, como frutas y verduras.
- Intente tomar agua en lugar de jugo.
- Tener dientes de leche sanos ayudará a prevenir problemas con los dientes permanentes.
- Visite a un dentista al menos una vez al año.





Free Dental Screening/Fluoride Varnish Program Permission Slip

Free dental screenings and fluoride varnish services are now offered at your child’s school. Fluoride varnish is a quick and easy way to protect teeth from cavities. The screening and fluoride varnish are done by dental care professionals up to four times a year.

Child’s Name: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child’s Date of Birth (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
School: _____		

Dental Screening: A quick look inside the mouth to check the overall health of teeth.

YES NO

Fluoride Varnish: Applied to teeth to prevent cavities.

YES NO

If Yes, Please Complete and Sign Below:

Contact Information	
Parent/Guardian Name: _____	
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 problems: _____	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 hereby consent to the release and exchange of information, including any relevant personal health information regarding the services provided, between the dental staff, Head Start staff, your child’s future school district or ESD, 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.” Privacy Practices are available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms. I also understand a dental hygiene or nursing student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу AllSmilesCOH.org/forms

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại nhà AllSmilesCOH.org/forms

注意：此表格可通過以下網址獲得中文版本: AllSmilesCOH.org/forms



Hoja de permiso para el programa gratuito de revisiones dentales o aplicación de barniz de flúor

En la escuela de su hijo ahora se ofrecen revisiones dentales y servicios de aplicación de barniz de flúor gratuitos. El barniz de flúor es una forma rápida y fácil de evitar la aparición de caries en los dientes. Profesionales de atención dental realizan la revisión y aplican el barniz de flúor hasta cuatro veces al año.

Nombre del niño: _____ (Apellido) (Nombre) (Nombre preferido)
Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aa): _____ / _____ / _____ Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Escuela: _____

Revisión dental: un vistazo rápido al interior de la boca para revisar la salud general de los dientes.

SÍ NO

Barniz de flúor: se aplica sobre los dientes para prevenir las caries.

SÍ NO

Si eligió "Sí", llene la siguiente sección y firme:

Información de contacto	
Nombre del padre, madre o tutor: _____	
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:

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"/>
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo: _____	Ninguno: <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!
Como padre/madre/tutor legal, por medio de la presente autorizo la divulgación y el intercambio de información, incluida cualquier información médica relevante relacionada con los servicios proporcionados, entre el personal de atención dental, el personal de Head Start, el futuro distrito escolar de su hijo o el ESD, 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 están disponibles en el sitio web de All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms . También entiendo que el tratamiento también lo podría brindar un estudiante de higiene dental o de enfermería bajo supervisión de un profesional dental con licencia.	
Firma de padre, madre o tutor: _____	Fecha: _____

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу AllSmilesCOH.org/forms

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại [tại nha AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

注意: 此表格可通過以下網址獲得中文版本: AllSmilesCOH.org/forms



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.