



Miles of Smiles, Ltd.

ATTENTION PARENTS!!!!!!

This school year, Miles of Smiles, Ltd. is once again providing preventive dental services *at Union Ridge, during regular school class hours*, to eligible children in **all grades**. Services may include exam, cleaning, fluoride varnish, and sealants if needed.

In order to receive these services, the attached consent form must be filled out completely AND returned by February 4th, 2019.

Miles of Smiles will visit Union Ridge the week of March 11th, 2019. Those who meet eligibility will be seen by Dr. Nelson and the Miles of Smiles team during that week.

******This also satisfies the dental requirement mandated by the State of Illinois for school children (Kindergarten, 2nd, and 6th).******

Please sign your child up today to receive this wonderful service, especially if they are in Kindergarten, 2nd or 6th Grades. Miles of Smiles will provide a dental form to the school after your child's visit!!

There is **no cost** to the family or school.

****If you have questions or concerns regarding the Miles of Smiles program, please contact them at 309-382-6404.**

***If you see a dentist regularly,
please continue for routine exams and x-rays!

ALL KIDS SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM CONSENT FORM

Rev.12/14

PLEASE PRINT IN INK

DENTAL EXAM

Services Rendered By:



MUST BE RETURNED TOMORROW (ONLY IF YOU WANT THESE SERVICES)



Miles of Smiles, Ltd.

NAME OF SCHOOL: _____

137-C Radio City Dr.

TEACHER: _____

GRADE: _____

North Pekin, IL 61554

COUNTY: _____

309-382-6404

DO YOU HAVE A DENTIST? YES / NO

DENTIST'S NAME: _____

EXAM DATE: _____

PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION ONLY IF YOU WANT THESE DENTAL SERVICES

to be rendered by Miles of Smiles, Ltd at school.

Dear Parent or Guardian,

Miles of Smiles, Ltd. and The Illinois Department of Healthcare and Family Services have arranged for dental services for eligible children. These services may include an exam, cleaning, fluoride treatment and sealants (a protective coating on the chewing surfaces of back teeth). Licensed dentists, hygienists, and assistants will come to your child's school with portable equipment. In order for your child **to receive these services**, you must **PROVIDE ALL THE INFORMATION REQUESTED BELOW AND SIGN IN THE AREA INDICATED.**

YOUR CHILD'S LEGAL NAME: _____ BIRTH DATE: ____ / ____ / ____

ADDRESS: _____ GENDER: M / F

CITY/ZIP: _____ HOME PHONE: _____ - _____ - _____

DOES YOUR CHILD QUALIFY FOR FREE OR REDUCED MEALS: YES / NO

IS YOUR CHILD ENROLLED IN THE 'Medicaid/All Kids' PROGRAM: YES / NO

MCO COMPANY NAME (if not listed): _____

MCO COMPANY NAME (circle one): Aetna, BCBS, Cigna, Health Alliance Connect, Humana, Illini Care, Harmony, Meridian, Family Health Network, Molina

IF YES, INCLUDE YOUR CHILD'S RECIPIENT ID NUMBER: _____

Medicaid/All Kids will be billed

(9 DIGIT ID NUMBER ON BACK OF MEDI-PLAN CARD)

IS YOUR CHILD COVERED BY PRIVATE DENTAL INSURANCE: YES / NO (if incomplete, only grades K, 2nd, & 6th may be eligible for an exam)

IF YES, please fill out ALL the insurance information below: **(DENTAL INSURANCE COMPANY WILL BE BILLED)**

Name of Dental Insurance Company: _____

Dental Insurance Company Address: _____

Member's (employee) ID or SS #: _____ **Dental Insurance plan or group number:** _____

Member's name: _____ **Member's Birth Date:** _____

Member's Address (if different than child's): _____

Member's Phone Number (if different than child's): _____ Employer: _____

Has your child had any history of, or conditions related to, any of the following: (Please circle)							
Anemia:	YES / NO	Chronic Sinusitis:	YES / NO	Growth problems:	YES / NO	Seizures:	YES / NO
Asthma:	YES / NO	Diabetes:	YES / NO	Hearing:	YES / NO	Thyroid:	YES / NO
Bleeding disorders:	YES / NO	Ear aches:	YES / NO	Heart Disease:	YES / NO	Tobacco / drug use:	YES / NO
Cancer:	YES / NO	Epilepsy:	YES / NO	Latex allergy**:	YES / NO	Allergies:	
Cerebral Palsy:	YES / NO	Fainting:	YES / NO	Pregnancy (teens):	YES / NO	Other:	
Is your child taking any prescription and/or over the counter medications at this time?					YES / NO		
If yes, please list:							
Does your child have any known heart condition? YES / NO DESCRIBE:							
Does your child have any artificial joints: YES / NO IF YES, WHEN & WHAT JOINT:							
Has a doctor ever recommended any special precautions or pre-medication for your child's dental treatment? YES / NO							
IF YES, WHAT:							

IMPORTANT: PARENT/GUARDIAN SIGNATURE REQUIRED (ONLY IF YOU WANT THESE SERVICES)

I am a custodial parent or legal guardian of the minor child named above. I **authorize and consent** to this child receiving the dental treatment described, and allow the school nurse/ school representative and dental provider access to child's dental record.

This will also give permission for the Illinois Department of Public Health to provide Quality Assurance Audits by evaluation of your child's sealants that were placed at the school. Upon determination, this permission will also allow for the sealants to be replaced by the provider if indicated.

To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of the minor child's protected health information to carry out payment activities in connection with this claim. I hereby **authorize and direct payment** of the dental benefits directly to Miles of Smiles, Ltd.

SIGNATURE: _____

PRINT NAME: _____

DATE: _____

IF YOU HAVE A DENTIST, SEEK DENTAL CARE THERE!

DDS INITIALS _____ RDH INITIALS _____

DENTYSTA - FORMULARZ ZGODY DLA WSZYSTKICH DZIECI

Rev.12/14

PROSZE WYPEŁNIC DRYKOWANYMI LITERAMI

EGZAMIN DENTYSTYCZNY

Usługi Świadczone przez:



MUSI BYĆ ZWRÓCONY DO JUTRA (TYLKO W RAMACH UDZIAŁU)



Miles of Smiles, Ltd.
137-C Radio City Dr.
North Pekin, IL 61554
309-382-6404

NAZWA SZKOŁY: _____

NAUCZYCIEL: _____ KLASA: _____

POWIAT: _____

CZY MASZ DENTYSTĘ? TAK / NIE NAZWA DENTYSTY: _____ DATA EGZAMINU: _____

WYPEŁNIJ PONIŻSZE INFORMACJE TYLKO W RAMACH UDZIAŁU W TYM PROGRAMIE DENTYSTYCZNYM

Usługi świadczone przez Miles of Smiles, Ltd w szkole.

Drodzy rodzicie i opiekunowie,
Miles of Smiles, Ltd. i The Illinois Department of Healthcare i Family Services zorganizowało usługi dla określonych dzieci. Usługi te obejmują egzamin, czyszczenie, leczenie fluorem i uszczelnianie (specjalna powłoka ochronna nakładana na tylne zęby żujące). Licencjonowani dentyści, higienistki i asystenci stawiają się w dziecka szkole z przenośnym sprzętem. Jeśli chcesz by twoje dziecko uczestniczyło **PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ ORAZ PODPISAC**.

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: _____ DATA URODZENIA: ____/____/____

ADRES: _____ PŁEĆ: M / F

MIASTO/KOD: _____ NUMER TELEFONU: _____

CZY TWOJE DZIECKO KWALIFIKUJE SIĘ DO BEZPŁATNYCH POSIŁKÓW: TAK / NIE
CZY TWOJE DZIECKO JEST ZAPISANE W PROGRAMIE Medicaid/All Kids: TAK/NIE
MCO NAZWA FIRMY (jeśli dotyczy): _____

MCO NAZWA FIRMY (circle one): Aetna, BCBS, Cigna, Health Alliance Connect, Humana, Illini Care, Harmony, Meridian, Family Health Network, Molina
--

JEŚLI TAK PROSZĘ ZAMIEŚCIĆ ID NUMER : _____
Medicaid/All Kids will be billed (9 LICZBOWY NUMER Z KARTY DZIECKA)

CZY TWOJE DZIECKO POSIADA PRYWATNE UBEZPIECZENIE DENTYSTYCZNE: TAK/ NIE (jeśli nie kompletne tylko klasy K, 2 i 6 mają kwalifikować się do egzaminu)

Jeśli TAK, proszę wypełnić wszystkie poniższe pola : (UBEZPIECZENIE DENTYSTYCZNE BĘDZIE ROZLICZANE)

Nazwa Ubezpieczenia Dentystycznego: _____

Adres Ubezpiecznia Dentystycznego: _____

Członkostwo (Zakład pracy) ID lub SS #: _____ Plan ubezpieczenia dentystycznego or numer grupy: _____

Imię i nazwisko Członka: _____ Data urodzenia Członka: _____

Adres Członka (jeśli inne niż dziecka): _____

Numer Telefonu członka (jeśli inne niż dziecka): _____ Pracodawca: _____

Czy twoje dziecko ma jakąkolwiek historię lub warunki związane z któryś z poniższych?: (zakreśl odpowiednie)				
Anemia: TAK / NIE	Przewlekłe zapalenie zatok: TAK/NIE	Problemy wzrostu: TAK / NIE	Ataki: TAK / NIE	
Astma: TAK / NIE	Cukrzyca: TAK / NIE	Słuch: TAK / NIE	Tarczycza: TAK / NIE	
Zaburzenia krzepnięcia: TAK / NIE	Bóle uszu: TAK / NIE	Chroby serca: TAK / NIE	Tytoń/ Narkotyki: TAK / NIE	
Rak: TAK / NIE	Padaczka: TAK / NIE	Alergia na lateks: TAK / NIE	Alergie:	
Porażenie mózgowe: TAK/ NIE	Omdlenia: TAK / NIE	Ciąża (nastolatka): TAK / NIE	Inne:	
Czy twoje dziecko przyjmuje jakieś przepisane leki lub inne leki w tym momencie? TAK / NIE				
Jeśli tak/ jakie?:				
Czy twoje dziecko ma jakieś choroby serca? TAK/ NIE Opis:				
Czy twoje dziecko ma jakieś sztuczne stawy: TAK/ NIE JEŚLI TAK, KIEDY, JAKIE STAWY:				
Czy kiedykolwiek lekarz zalecił twojemu dziecku specjalne środki ostrożności lub leki związane z leczeniem dentystycznym? TAK / NIE				
Jeśli taki to jakie.....				

WAŻNE: RODZICA/OPIEKUNA PODPIS JEST WYMAGANY (TYLKO JEŚLI CHCESZ SKORZYSTAĆ Z USŁUGI)

Jestem rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka opisanego powyżej. **Upoważniam i wyrażam zgodę** na uczestnictwo mojego dziecka na opisanie powyżej leczenie stomatologiczne, i zezwalam na wgląd szkolnej pielęgniarki/ przedstawiciela szkoły i dentystry w stomatologiczne rekordy mojego dziecka.

Daję również zgodę dla Departamentu Zdrowia Publicznego Stanu Illinois do zapewnienia Wysokiej Jakości Audytu do oceny uszczelniaczy mojego dziecka które zostaną przeprowadzone w szkole. Zgoda da daje również zatwierdzenie do wymiany uszczelniaczy jeśli są konieczne.

W zakresie dozwolonym przez prawo, wyrażam zgodę na wykorzystanie i ujawnienie chronionych informacji mojego nieletniego dziecka w celu dokończenia płatności. Wyrażam zgodę i bezpośrednio wpłatę świadczeń stomatologicznych bezpośrednio do Miles of Smiles, Ltd.

PODPIS: _____ IMIE I NAZWISKO: _____ DATA: _____

IF YOU HAVE A DENTIST, SEEK DENTAL CARE THERE! DDS INITIALS _____ RDH INITIALS _____