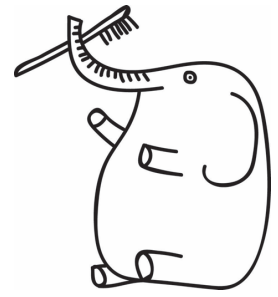


Children's
Clinic
Oak Park River Forest
Infant Welfare Society



Dental Screening and Sealant Program

Free Dental Exams and Sealant Placement

We are offering dental screening and sealants in partnership with the IWS Children's Clinic. **Beye Elementary School** was chosen to take part in this project, which provides free dental exams and sealant placement. *Eligible children covered by Medicaid Insurance will also receive dental cleaning and fluoride. * If it has been 6 months or more since last cleaning/fluoride. Children in kindergarten, second, and sixth grades are required to receive a dental exam. Signing your child up for this program will fulfil this requirement

You will receive a copy of your child's dental exam after he/she is seen.

If you wish for your child to participate please take a few minutes to read this letter, complete the consent form on the back of this sheet and return it to your child's teacher or school nurse by **February 14th, 2019**.

Screening will take place **February 20th & 21st 2019**.

Q & A

Q: What are dental sealants?

A: Dental sealants are thin plastic coatings that are put onto the chewing surfaces of the back teeth. Sealants are painted on the top of the back teeth and harden to form a protective shield over the tooth.

Q: Does it hurt to have sealants put on teeth?

A: No, getting sealants is painless. Right after placement, normal activities can resume.

Q: How long will sealants last?

A: Sealants can last five to ten years if they are done right and teeth are properly cared for after placement.

Q: How do sealants prevent cavities?

A: Dental sealants fill the pits and grooves of the teeth. The teeth are easier to keep clean because the food is easier to brush off with your toothbrush.

Q: Is brushing still important when teeth have sealants on them?

A: Yes, brush and floss every day!

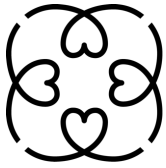
Please contact Victoria Novotny (708) 848-0528 if you have more questions.

Call Us

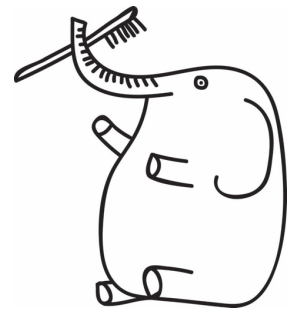
This program does not replace the advice or care from your regular dental professional.

If your child does not have a dentist please contact the IWS Children's Clinic at (708) 848-0528 to schedule an appointment.

Thank you.



Children's
Clinic
Oak Park River Forest
Infant Welfare Society



DetECCIÓN DENTAL Y PROGRAMA DE SELLADORES

Gratis exámenes dentales y selladores

Estamos ofreciendo el programa de detección dental y selladores dental en asociación con IWS Children's Clinic patrocinado por el Oak Park River Forest Infant Welfare Society.

Beye Elementary School está elegida para participar en este proyecto que proporciona revisiones dentales gratis y colocación de selladores en las muelas para los estudiantes que califican. Usted recibirá una copia del examen dental después de nuestra visita.

*Estudiantes elegidas que tiene seguro de Medicaid (la tarjeta médica) puede recibir una limpieza dental y fluoruro si ha sido 6 meses de su ultima limpieza. Para los niños que están en Kindergarten, secundo y sexto grados es un requisito recibir un examen dental. Si inscribe a su niño para este programa cumple con el requisito.

Si desea que su niño/a participe en este programa por favor llena el formulario de consentimiento detrás de esta página y devuélvela al maestro o el enfermera de su hijo/a antes del **14 de febrero 2019**.

La revisión va ocurrir **el 20 y 21 de febrero 2019**.

P & R

P: ¿Que son los selladores?

R: Los selladores dentales son unas capas plásticas, delgadas, que se aplican sobre las superficies de las muelas. Los selladores se aplican "pintando" el diente con una capa liquida que se endurece rápidamente y forma un recubrimiento protector.

P: ¿Causa dolor cuando se aplican los selladores?

R: La aplicación de los selladores es sencilla y no causa dolor. Inmediatamente después de que se sequen, puede regresar a sus actividades normales.

P: ¿Por cuánto tiempo duran los selladores?

R: Selladores pueden durar hasta cinco- diez años.

P: ¿Cómo trabajan los selladores para prevenir la caries?

R: Los selladores dentales rellenan las pequeñas grietas y ranuras de las muelas. Es más fácil mantener las muelas limpias con los selladores puestos porque los alimentos de comida se sacan más fáciles con usar el cepillo de dientes.

P: ¿Todavía es importante cepillarse los dientes aunque tengan selladores puestos?

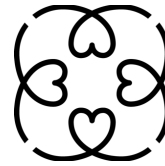
R: ¡Sí, cepillase los dientes y usar el hilo dental todos los días!

Si tiene alguna otra pregunta o preocupación relacionada con los selladores dentales, por favor llame a la Victoria Novotny al (708) 848-0528.

Llámanos

Este programa no sustituye los consejos ni el cuidado de su profesional dental regular. Si su hijo/a no tiene una dentista, por favor llame the IWS Children's Clinic al (708) 848-0528 para hacer una cita.

Gracias.

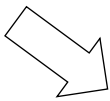


Formulario de consentimiento del Padre/Guardián para liberación de responsabilidad y consentimiento de tratamiento dental

Primer Nombre De Niño/A	Apellido De Niño/A
Raza	Fecha De Nacimiento
Edad	SEXO Masculino Femenino
Nombre De Padre O Guardián	Número De Teléfono
Profesor/A	Dirección
Escuela	Ciudad, Estado, Código Postal
¿Mi Hijo/A Es Elegible Para Almuerzos Reducidos? SÍ NO	Grado
¿Tiene Su Hijo Tarjeta Médica? o ALL KIDS? SÍ NO	¿Tiene Su Hijo a Seguro Dental? SÍ NO
número de identificación Será Cobrado	Favor de apuntar cuantas personas viven en su hogar:

Liberación de Responsabilidad para el Programa Dental. Doy mi consentimiento a IWS Children's Clinic patrocinado por el Oak Park River Forest Infant Welfare Society, para proveer atención dental a mi niño/a. Por la presente, autorizo y libero cualquier responsabilidad a **IWS Children's Clinic and District 97** sus empleados y personales por daños y perjuicios, por cualquier reclamo o demanda hecha por daño o enfermedad resultado del procedimiento dental. Yo he leído y entendido este contrato y voluntariamente estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones.

Yo entiendo que The Children's Clinic está proviniendo estos procedimientos como un servicio público. Esta autorización expirará cinco años apartir de la fecha. Esto también le otorgará permiso para que las Auditorías de Aseguramiento de Calidad de IDPH sean realizadas y los proveedores regresen a su escuela para revisar los selladores de su hijo(a) dentro de los 365 días a partir de esta fecha. Este Programa de Servicios de Salud Dental fue proveído por IWS Children's Clinic con fondos de Illinois Department of Public Health. Dentistas, Higienistas y Asistentes vendrán a la escuela de su niño con un equipo portable para proveer los servicios. Para que su niño participe, usted DEBE completar la forma y FIRMAR abajo. Los niños que regresen con su forma completada serán elegibles para recibir tratamiento dental. No regrese esta forma si usted no está interesado en los servicios.



Firma Del Padre/Guardián

Fecha

Historia Médica

Marca si su hijo/a tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- Cardíaco
- Diabetes
- Epilepsia
- Problemas o enfermedades de la sangre
- Asma
- Alergia al Látex (Goma, Plástico)
- Alergias

Cuáles Alergias

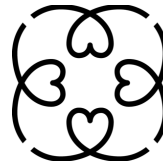
Fecha de la última limpieza dental

Nombre del dentista familiar

¿Su hijo/a está tomando medicamentos?
SÍ NO Cuales medicamentos:

¿Qué tipo de agua toma su hijo/a?
 de la ciudad embotellada filtrada

¿Ha tenido su hijo/a lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? SÍ NO

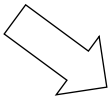


Dental Treatment Agreement and Parent/Guardian Release of Liability Consent Form

Child's First Name	Child's Last Name
Child's Age	Date of Birth
Child's Race	Sex Female or Male
Parent/Guardian's Name	Telephone Number
Teacher's Name	Address
School	City, State, Zip
Is your child eligible for the Free or Reduced Lunch Program? YES NO	Grade
Is your child enrolled in the All Kids Program? (Public Aid/Medical Card) YES NO	Is your child covered by other dental insurance? YES NO
If yes, include your child's recipient ID number _____	How many people live in your household? _____

Release of Liability for the Dental Program. I give my consent for the IWS Children's Clinic sponsored by Oak Park River Forest Infant Welfare Society, to provide dental care to my child. I hereby release, waive and discharge **IWS Children's Clinic and District 97** their employees and agents, from any liability to me, my personal representatives or next of kin for any and all damages, and any claim or demands made on account of injury or dental disease resulting from the dental procedures. I have read and understood this agreement and voluntarily agree to all of its terms and conditions.

I understand that the IWS Children's Clinic is providing these procedures as a public service. This authorization expires five years from this date. This will also grant permission for IDPH Quality Assurance Audits to be performed and providers to return to your school to recheck your child's sealants within 365 days from the date of service. This Dental Health Services Program was provided by the IWS Children's Clinic with funding from the Illinois Department of Public Health. Dentists and dental hygienists will come to your child's school with portable equipment to perform these services. In order for your child to fully participate, you **MUST** complete the form and SIGN below. Any child who returns a form will be eligible to receive dental treatment. Do not return this form if you are not interested in the services.



Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

Health History

Mark if your child has had any of the following:

- Heart Disease
- Diabetes
- Epilepsy or Seizures
- Blood Diseases or Disorders
- Asthma
- Latex Allergy
- Allergies

If yes, List Allergies: _____

Date of Last Dental Exam and Dental Cleaning _____

Name of Family Dentist _____

Is your child taking any medications? YES NO
If yes, List Medications: _____

What type of water does your child drink?
 city water bottled water filtered water

Has your child had injuries to mouth, head or
teeth? YES NO