



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

Consent/On-Site Dental Exam*/Screening Summary

**For Parent/Guardian Use Only

Site: _____ Child Name: _____
 FSW/FSA: _____ DOB: _____
 On-Site Dentist: _____ Exam Date: _____

"I give permission for my child to have the above health service performed. I agree that I release and hold harmless Region 7 ESC from any responsibility or liability for injury, illness or death that may occur to my child as a result of such services."

Parent/guardian signature **Date**

**For Dentist use only

The following to be completed by on site dentist at exam. Check all recommendations that were made:

<input type="checkbox"/> No problems noted (cleaning, x-rays and/or fluoride may be needed)	<input type="checkbox"/> Yes, treatment is not urgent (such as fillings/crowns)
<input type="checkbox"/> Previous treatment for decay	<input type="checkbox"/> Yes, urgent treatment is needed

Comments: _____

*** This is a visual exam only and does not replace this child's requirement for an exam in a dentist's office to receive preventative care per Head Start/Early Head Start Performance Standard 1304.20.**

Dentist: _____ Date: _____

A Note to Parents/Guardians



Dear Parent/Guardian:

*Your child was recently seen by a dental professional for a visual exam. Please see the information above concerning your child's exam. **If your child has not been to a dentist's office in the last 6 months, or treatment is marked above, please make an appointment as soon as possible.** If you need assistance finding a dentist in your area or making an appointment for your child, the Family Service Worker/Advocate at your site can assist you.*

If your child has already been to the dentist's office, please notify your Family Service Worker/Advocate or bring the records to the Early/Head Start office.

Please provide the information below, sign, and return to your Family Service Worker/Advocate.

Child's Dentist: _____ Appointment Date & Time: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

Examen Dental en el Sitio*/ Resumen del Examen

**Para Uso del Padre/Tutor Solamente

Sitio: _____ Nombre del niño/a: _____
 FSW/FSA: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dentista en el Sitio: _____ Fecha del Examen: _____

Doy permiso para que se le realicen a mi niño los servicios de salud marcados arriba. Yo estoy de acuerdo en liberar y mantener exenta a la Región 7 ESC de toda responsabilidad o cargos por lesiones, enfermedad o muerte que pueda ocurrir a mi niño como resultado de tales servicios.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

***Para Uso del Padre/Tutor Solamente*

**Para Uso del Dentista Solamente

Lo siguiente debe ser completado por el dentista en el sitio al momento del examen.

Marque todas las recomendaciones que fueron hechas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No se notaron problemas
(limpieza, rayos x y/o flúor pueden ser necesarios) | <input type="checkbox"/> Si, tratamiento no es urgente
(tal como relleno/coronas dentales) |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento previo de Caries Dentales | <input type="checkbox"/> Si, tratamiento urgente es necesario |

Comentarios: _____

** Este es un examen visual solamente y no reemplaza el requisito de este niño para un examen en el consultorio de un dentista para recibir atención preventiva de acuerdo a la Norma de Desempeño 1304.20 de Head Start /Head Start Temprano.*

Firma del Dentista: _____ **Fecha:** _____

Una Nota para los Padres/Tutores



Estimado Padre/Tutor:

Su niño fue visto recientemente por un profesional dental para un examen visual. Por favor vea la información de arriba relacionada con el examen de su niño. Si su niño no ha estado en la oficina de un dentista en los últimos 6 meses, o si tratamiento está marcado arriba, por favor haga una cita tan pronto como sea posible. Si necesita ayuda para encontrar un dentista en su área o para hacer una cita para su niño, la Trabajadora/Promotora para el Servicio de las Familias en su sitio puede ayudarle.

Si su niño ya ha estado en la oficina del dentista, por favor comuníquese a su Trabajadora/Promotora para el Servicio de las Familias o traiga los exámenes a la oficina de Head Start/Head Start Temprano.

Por favor proporcione la información de abajo, firme y devuelva a su Trabajadora/Promotora para el Servicio de las Familias

Dentista del niño: _____ Fecha & Hora de la Cita: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____