



QUEENSCARE



## MOBILE DENTAL PROGRAM COMING TO YOUR SCHOOL!

QueensCare and USC's Mobile Dental Program is coming to your school! The Mobile Dental Program offers dental services to help improve and maintain your child's oral health, **at no cost to you**. Within this packet you will find all of the necessary permission forms for your child to participate. If you would like your child to see the dentist, please return the attached forms to your child's teacher as soon as possible. **Complete all pages and use blue or black ink only.**

## EL PROGRAMA DENTAL MÓVIL VIENE A SU ESCUELA!

¡QueensCare y USC's Programa Dental Móvil viene a su escuela! El Programa Dental Móvil ofrece servicios dental para mejorar y ayudar a mantener la buena salud oral de su hijo/a, **sin costo para usted**. Dentro de este paquete usted encontrará todas las formas de permiso necesarios para que su hijo/a participe en el programa. Si usted quiere que su hijo/a vea al dentista, por favor regrese las formas al maestro/a de su hijo/a los mas pronto posible. **Completa todas las paginas y utilice solo tinta azul o negro.**

Ostrow School of Dentistry of USC



QUEENSCARE

### Mobile Dental Program Participation Form

The QueensCare & Ostrow School of Dentistry of USC Mobile Dental Program provides services to improve and help your child maintain good oral health. QueensCare is a faith-based organization that provides accessible healthcare for uninsured and low-income residents of Los Angeles. Treatment is provided by both licensed dentists and student dentists/hygienists. All care is provided under the supervision of licensed faculty members. With your permission, your child will be examined by a USC faculty dentist to identify any dental problems he/she may have, and X-rays will be taken. All treatment will be provided at your child’s school in our modern, well-equipped mobile dental clinic.

In order for your child to have a dental exam, please complete the pink Permission Form and the yellow Medical Form. These should be returned with this form to your child’s teacher.

#### WE WILL NOT BILL YOUR INSURANCE

**Please mark one of the following choices below, using blue or black ink only and return it to your child’s teacher:**

Child’s Name: \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_ Room # \_\_\_\_\_ Teacher’s Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yes, I want my child to participate in the QueensCare and USC Mobile Dental Program. (If you choose this option, the pink Permission Form & the yellow Medical Form must be attached.)

\_\_\_\_\_ No, I do not want my child to participate in the QueensCare and USC Mobile Dental Program. (Return to your child’s teacher)

**If you selected “no”, please choose one of the following reasons:**

\_\_\_\_\_ My child has his/her own dentist.

\_\_\_\_\_ I do not think my child needs to see a dentist.

\_\_\_\_\_ Other reason, please explain: \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Print:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Parent/Legal Guardian Name**

**PLEASE COMPLETE AND RETURN THIS FORM TO YOUR CHILD’S TEACHER AS SOON AS POSSIBLE.**

**The Mobile Dental Program is open Monday-Friday from 7:00am to 3:30pm**  
If you have any questions please call Donna Anderson 323-669-4333



QUEENSCARE

## Forma de Participación para el Programa Dental Móvil

El programa Dental Móvil de QueensCare y Ostrow School of Dentistry of USC le brinda servicios para mejorar y ayudar a su hijo/a a mantener una buena salud oral. QueensCare es una organización basada en la fe que brinda atención médica accesible para los residentes de Los Ángeles que no tienen seguro y son de bajos ingresos. La Facultad de Odontología de USC trabaja con QueensCare para brindarle servicios dentales en un ambiente limpio y seguro sin costo a usted.

El programa Dental Móvil de QueensCare y USC es una instalación para la enseñanza. Los tratamientos son brindados por Dentistas con licencia y estudiantes para ser dentistas/higienistas. La atención se brinda bajo la supervisión de miembros del cuerpo docente con licencia. Con su autorización, su hijo será examinado por un dentista del cuerpo docente de USC para identificar los problemas dentales que su hijo pudiera tener, y se le tomarán radiografías. Todo el tratamiento se brindará en la escuela de su hijo en nuestra clínica dental móvil moderna y bien equipada.

Por favor complete el Formulario de Autorización de color rosa y el Formulario Médico de color amarillo para que su hijo/a puede tener el examen dental. Estos tienen que ser entregados junto con este formulario al maestro de su hijo/a.

### NO SE COBRA A SU SEGURO

**Por favor marque una de las siguientes opciones, usando tinta azul o negro solamente, y entrégueselo al maestro/a de su hijo/a:**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ N° de Salón \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si, yo quiero que mi hijo participe en el Programa Dental Móvil de QueensCare y USC. (Debe adjuntar el Formulario de Autorización de color rosa y el Formulario Médico de color amarillo.)

\_\_\_\_\_ No, yo no quiero que mi hijo participe en el Programa Dental Móvil de QueensCare y USC (Regresé este formulario al maestro de su hijo/a.)

**Si seleccionó “no”, por favor marque uno de los siguientes motivos:**

\_\_\_\_\_ Mi hijo tiene su propio dentista.

\_\_\_\_\_ No creo que mi hijo necesite ir al dentista.

\_\_\_\_\_ Otro motivo. Por favor, explique: \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **En letra de molde:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre / Tutor Legal**

**POR FAVOR, COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENTRÉGUESELO AL MAESTRO DE SU HIJO/A LO MAS PRONTO POSIBLE.**

El Programa Dental Móvil está abierta Lunes a Viernes de 7:00am a 3:30pm.  
Si tiene preguntas, por favor llame a Donna Anderson a (323) 669-4333.



QUEENSCARE

**MOBILE DENTAL PROGRAM  
PERMISSION FORM**

In order for your child to participate in the QueensCare/USC Mobile Dental Program, please complete and sign this form as well as the attached yellow medical history form and return them to your child's teacher.

Your child will then have a dental exam, including dental X-rays. You will be notified of our findings after the examination and x-rays. If you would like your child to receive the treatment recommended on the Examination Findings and Treatment Recommendations (orange) form, please sign the form and return it to your child's teacher. The signed form must be given to your child's teacher before treatment may begin.

**WE WILL NOT BILL YOUR INSURANCE**

Child's Name \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_ Room # \_\_\_\_\_ Teacher's name \_\_\_\_\_

School Name \_\_\_\_\_ School Address \_\_\_\_\_

Daytime Phone # \_\_\_\_\_ Emergency # \_\_\_\_\_

Cell Phone # \_\_\_\_\_

Child's Date of Birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Gender: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female

Ethnicity/Race: \_\_\_\_\_ Latino \_\_\_\_\_ African American \_\_\_\_\_ White \_\_\_\_\_ Asian/Pacific Islander \_\_\_\_\_ Other

Has your child been to the dentist in the past 6 months? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

I, the undersigned parent or guardian of the above named child, do hereby give my permission for QueensCare/USC Mobile Dental Program to examine and treat my child. I also authorize LAUSD to provide to QueensCare/USC Mobile Dental Program health services information from my child's education/medical record. Requested information shall be limited to health services documentation.

Parent/Legal Guardian Name

Print \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Please return this paper to your child's school as soon as possible.**



QUEENSCARE

**PROGRAMA DENTAL MÓVIL  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

**Para que su hijo pueda participar en el Programa Dental Móvil de QueensCare/USC, por favor, complete y firme este formulario y también el formulario de antecedentes médicos de color amarillo que se encuentra adjunto y entréguelos al maestro de su hijo.**

Es importante entonces que se le realizará un examen dental a su hijo, incluyendo radiografías. Se le notificarán los resultados después del examen y las radiografías. Si usted desea que su hijo reciba el tratamiento recomendado en el formulario (anaranjado) según los Resultados del Examen y Recomendaciones de Tratamiento, por favor, firme este formulario y entréguelo al maestro de su hijo. Este formulario deberá ser firmado y entregado al maestro de su hijo antes de que se le comience el tratamiento.

**NO SE COBRA A SU SEGURO**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ N° de Salón \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Direccion de escuela \_\_\_\_\_

N° de Teléfono durante el Día \_\_\_\_\_ N° de Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_

N° de Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer

Raza / Grupo Étnico: \_\_\_ Latino \_\_\_ Afro americano \_\_\_ Blanca \_\_\_ Asiático / De las Islas del Pacífico

\_\_\_ Otra

¿Ha ido su hijo al dentista en los últimos 6 meses? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Yo, el abajo firmante, padre o tutor del niño mencionado arriba, por la presente autorizo a el Programa Dental Móvil de QueensCare/USC a examinar y hacerle el tratamiento a mi hijo. También autorizo al LAUSD a brindarle al Programa Dental Móvil de QueensCare/USC información de servicios de salud del registro educativo / médico de mi hijo. La información solicitada se limitará a la documentación de servicios de salud.

**Nombre del Padre / Tutor Legal**

En letra de molde \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Porfavor, entregue la información que aparece arriba al maestro de su hijo lo mas pronto posible.**



Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 School Name: \_\_\_\_\_ Daytime Telephone: ( ) \_\_\_\_\_  
 Physician's Name (Medical Doctor): \_\_\_\_\_ Telephone: ( ) \_\_\_\_\_

1. Does your child have a health problem? ..... Yes No
2. Was your child a patient in a hospital? ..... Yes No  
If yes, why? \_\_\_\_\_
3. Date of last physical exam: \_\_\_\_\_
4. Does your child have a medical condition that required regular Doctor visits? If yes, for what \_\_\_\_\_
5. Is your child taking medication now? ..... Yes No  
If so, for what? \_\_\_\_\_
6. Has your child ever had a serious illness or operation? ..... Yes No  
If so, explain: \_\_\_\_\_
7. Does your child have (or ever had) any of the following diseases?
  - A. Rheumatic fever or rheumatic heart disease..... Yes No
  - B. Congenital heart disease..... Yes No
  - C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) Yes No
  - D. Allergy? Food ↑ Medicine ↑ Other ↑..... Yes No
8. Does your child have to urinate (pass water) more than six times a day? ..... Yes No
9. Is your child thirsty most of the time?..... Yes No
10. Has your child had abnormal bleeding associated with a previous surgery, extractions, or accidents? ..... Yes No
11. Does he/she bruise easily? ..... Yes No
12. Has he/she ever required a blood transfusion? ..... Yes No
13. Does he/she have any blood disorders such as anemia, etc.? ..... Yes No
14. Has he/she ever had surgery, x-ray or chemotherapy for a Tumor, growth, or other condition? ..... Yes No
15. Does your child have a disability that prevents treatment in a dental office? ..... Yes No
16. Is he/she taking any of the following:
  - A. Antibiotics or sulfa drugs ..... Yes No
  - B. Anticoagulants (blood thinners) ..... Yes No
  - C. Medicine for high blood pressure ..... Yes No
  - D. Cortisone or steroids..... Yes No
  - E. Tranquilizers..... Yes No
  - F. Aspirin..... Yes No
  - G. Dilantin or other anticonvulsant ..... Yes No
  - H. Insulin, tolbutamide, orinase, or similar drug..... Yes No
  - I. Any other? List \_\_\_\_\_
17. Is he/she allergic to, or has he/she ever reacted adversely to any of the following?
  - A. Local anesthetics..... Yes No
  - B. Penicillin or other antibiotics ..... Yes No
  - C. Sulfa Drugs..... Yes No
  - D. Barbiturates, sedatives, or sleeping pills..... Yes No
  - E. Aspirin..... Yes No
  - F. Any other? \_\_\_\_\_
18. Does he/she have any serious trouble associated with any previous dental treatment? ..... Yes No  
If so, please explain \_\_\_\_\_
19. Has your child been in any situation which could expose him/her to x-rays or other ionizing radiators? ..... Yes No
20. Last date of dental examination: \_\_\_\_\_
21. Has he/she ever had orthodontic treatment? ..... Yes No  
(Worn braces)..... Yes No
22. Has he/she ever been treated for any gum diseases, gingivitis, trenchmouth, pyorrhea? ..... Yes No
23. Do his/her gums bleed when brushing teeth? ..... Yes No
24. Does he/she grind/clench teeth? ..... Yes No
25. Has he/she often had toothaches? ..... Yes No
26. Has he/she had frequent sores in his/her mouth? ..... Yes No
27. Has he/she had any injuries to his/her mouth/jaw? ..... Yes No  
If yes, explain \_\_\_\_\_
28. Does he/she have any sores or swelling of his/her mouth or jaw ..... Yes No
29. Have you been satisfied with your child's previous dental care? ..... Yes No
30. Does your child have any other medical conditions not listed? ..... Yes No  
If yes, explain \_\_\_\_\_

### ADOLESCENT WOMEN

30. Are you pregnant now, or think you may be? ..... Yes No
31. Do you anticipate becoming pregnant? ..... Yes No
32. Are you taking birth control pills? ..... Yes No

To the best of my knowledge, all of the proceeding answers are true and

Parent's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Medical History/Physical Examination Review

Date	Addition	Faculty/Student Signatures

**Historial Medico- Favor de Contestar todas las preguntas- Firma del Padre o Tutor requerida al final- Use tinta azul o negra**

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ No. de teléfono durante el día: ( ) \_\_\_\_\_  
 Denos el Nombre de su medico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

- |  |    |    |  |    |    |
|--|----|----|--|----|----|
| 1. Tiene su hijo/a problemas de salud? .....   | Si | No | 12. Su hijo/a ha tenido una transfusion de san .....   | Si | No |
| 2. Ha sido hospitalizado? .....  | Si | No | 13. Discrasias sanguíneas, tal como anemia .....   | Si | No |
| 3. Fecha del ultimo examen medico? _____   |    |    | 14. Ha sido intervenido quirúrgicamente o ha recibido quimioterapia, o bien radiaciones con el objeto de tratar algún tumor o otra condición ..... | Si | No |
| 4. Esta su hijo/a bajo tratamiento medico actualmente? .....   | Si | No | 15. Tiene su hijo algún impedimento físico o mental que requiera tratamiento especial en el consultora dental? .....                               | Si | No |
| 5. Esta su hijo/a tomando alguna medicamento actualmente? .....  | Si | No | 16. Tomas u hijo/a actualmente lo siguiente?   |    |    |
| 6. Ha sido su hijo/a alguna vez operado, o tenido alguna enfermedad grave? .....   | Si | No | A. Antibióticos o sulfas .....   | Si | No |
| 7. Alguna vez ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades?   |    |    | B. Anticoagulantes .....   | Si | No |
| A. Fiebre Reumática .....  | Si | No | C. Medicamentos para la presión arterial elevada .....   | Si | No |
| B. Enfermedad congénita del coraza .....   | Si | No | D. cortisona o esteroides .....  | Si | No |
| C. Trastornos Cardiovasculares (Problemas del Corazón, Ataques al Corazón, Insuficiencia de Las Venas Coronarias, Obstrucción De Las Venas, Coronarias, Abstruccion De Venas Coronarias Presion Alta,, Arterioselerosis embolias ..... | Si | No | E. Tranquilizantes .....   | Si | No |
| D. Alergias? Alimentos medicamentos otros .....  | Si | No | F. Aspirina .....  | Si | No |

Lista de Medicamentos o comidas a las cual su hijo/a es alerjico/a:

- |  |    |    |   |    |    |
|--|----|----|---|----|----|
| E. Asma? Fiebre del heno (alergia al pollen) .....   | Si | No | 17. Es alergico/a o ha reaccionado infavorablemente a lo siguiente?   |    |    |
| Fecha de ultimo ataque? _____  |    |    | A. Anestésicos locales .....  | Si | No |
| Usa inhalador? .....   | Si | No | B. Penicilina y otros Antibioticos .....  | Si | No |
| Si usa medicamento que clase? _____  |    |    | C. Sulfamida .....  | Si | No |
| F. Alergia estacionales .....  | Si | No | D. Barbituros, sedativos o pastillas para dormir .....  | Si | No |
| G. Urticaria o erupciones en la piel? .....  | Si | No | E. Asperina .....   | Si | No |
| H. Desmayos o convulsiones .....   | Si | No | F. Cualquier otra cosa .....  | Si | No |
| I. Hepatitis .....   | Si | No | Cual? _____   |    |    |
| J. Diabetes .....  | Si | No | 18. Ha tenido algun problema serio asosiado con tratamientos dentales? .....  | Si | No |
| K. Reumatismo Inflamatorio .....   | Si | No | 19. Ha sido su hijo/a en cualquier situacion que le podria exponer a radiaciones ionizantes, ademas de radiografias dentales? ..... | Si | No |
| L. Artritis .....  | Si | No | 20. Ultima fecha de examen dental _____   |    |    |
| M. Ulceras estomacales .....   | Si | No | 21. Ha tenido tratamiento de ortodoncia (frenos) .....  | Si | No |
| N. Problemas de riñon .....  | Si | No | 22. Ha sido alguna vez atendido de enfermedades de las ensias? .....  | Si | No |
| O. Tuberculosis (TB) .....   | Si | No | 23. Sangran las encias al cepillarse los dientes? .....   | Si | No |
| P. Tos persistente o tos con sangre .....  | Si | No | 24. Rechina sus dientes? .....  | Si | No |
| Q. Enfermedad venerea .....  | Si | No | 25. Tiene dolor de dientes o muelas frecuentemente .....  | Si | No |
| R. Epilepsia .....   | Si | No | 26. Tiene ulceritas en su boca frecuentemente .....   | Si | No |
| S. Enfermedad de célula falciforme .....   | Si | No | 27. Ha sufrido golpes en su boca o quijada explique? .....  | Si | No |
| T. Enfermedad de tiroides .....  | Si | No | 28. Se le hincha la boca o mandibula frecuentemente? .....  | Si | No |
| U. Aids (SIDA) .....   | Si | No | 29. Ha estado satisfecho con el tratamiento dental anteriores? .....  | Si | No |
| V. Enfisema .....  | Si | No | 30. Tien su hijo/a otra condicion medica? .....   | Si | No |
| W. Tratamiento ppsiquiatrico .....   | Si | No | Explique? _____   |    |    |
| X. Labio y/o paladar Hendido .....   | Si | No | <b>MUJER ADOLESENTE</b>   |    |    |
| Y. Paralisis cerebral .....  | Si | No | 31. Esta ud. embarazada o peinsa que lo esta .....  | Si | No |
| Z. Retraso mental .....  | Si | No | 32. Planeas embarazarte proximamente? .....   | Si | No |
| aa. Discapacidad auditiva .....  | Si | No | 33. Toma la pastilla anticonceptiva? .....  | Si | No |
| bb. Discapacidad del desarrollo (Impedimentos fisicos) .....   |    |    |   |    |    |
| cc. Nacio prematuro? .....   | Si | No |   |    |    |
| Cuantas Semanas? _____   |    |    |   |    |    |
| dd. Otros _____  |    |    |   |    |    |
| 8. Orina si hijo/a mas de 6 veces al dia? .....  | Si | No |   |    |    |
| 9. Tiene sed su hijo/a la mayor parte del dia? .....   | Si | No |   |    |    |
| 10. Tiene o ha tenido su hijo/a sangrado anormal o excesivo, Asociado con cirugía previa, extracciones dentales O accidents? ..... | Si | No |   |    |    |
| 11. Se le forman moretenes frecuentemente? .....   | Si | No |   |    |    |

Certifico que todas las preguntas fueron constestadas veraz y

**Firma del Padre, Madre o Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Medical History/Physical Examination Review**

Date	Addition	Faculty/Student Signatures