



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.

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 # _____ Track _____ 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: _____

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

The Mobile Dental Program is open Monday-Friday from 8:00am to 4:00pm
If you have any questions please call Janelle Kidman 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.

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 _____ Ciclo Lectivo _____ 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: _____

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 8:00am a 4:00pm.
Si tiene preguntas, por favor llame a Janelle Kidman a (323) 663-4333.



QUEENSCARE

Mobile Dental Program Permission Form

In order for your child to participate in the QueensCare and Ostrow School of Dentistry of 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.

Once returned, your child will 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.

Child's Name: _____

Grade _____ Room # _____ Track _____ Teacher's name _____

Home address: _____ City, State, Zip: _____

Daytime Phone # _____ Emergency # _____ Cell Phone # _____

Child's Date of Birth: _____ Age: _____

Gender: Male Female Medi-Cal # _____ Medi-Cal Effective Date: _____

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 in order to participate in the dental billing option program. Requested information shall be limited to health services documentation. Further, I authorize the release of any health services information provided by the school district to the billing agent and to Medi-Cal/Denti-Cal, if applicable, to process the claim.

Parent/Legal Guardian Name

Print: _____

Signature: _____

Today's date: _____

PLEASE RETURN THIS FORM TO YOUR CHILD'S TEACHER AS SOON AS POSSIBLE.



QUEENSCARE

Formulario de Autorización para el Programa Dental Móvil

Para que su hijo/a pueda participar en el Programa Dental Móvil de QueensCare y Ostrow School of Dentistry of USC, por favor complete y firme este formulario y el formulario de antecedentes médicos de color amarillo, que se encuentra adjunto, y entrégueselos al maestro/a de su hijo/a.

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

Nombre del Niño/a: _____

Grado: _____ N° de Salón: _____ Ciclo Lectivo: _____ Nombre del Maestro: _____

Domicilio Particular: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

N° de Teléfono durante el Día: _____ N° de Teléfono de Emergencia: _____

N° de Teléfono Celular: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Edad: _____

Sexo: Hombre Mujer ¿Ha ido su hijo/a al dentista en los últimos 6 meses? Sí No

Número del Medi-Cal: _____ Medi-Cal Fecha de vigencia: _____

Raza/Grupo Étnico: Latino Afro Americano Blanca Asiático/De las Islas del Pacífico
 Otra

Yo, el abajo firmante, padre o tutor del niño/a mencionado arriba, por la presente autorizo a el Programa Dental Móvil de QueensCare y USC a examinar y hacerle el tratamiento a mi hijo/a. También autorizo al LAUSD a brindarle a el Programa Dental Móvil de QueensCare y USC información de servicios de salud del registro educativo/médico de mi hijo/a para participar en la programa dental con opción de facturación. La información solicitada se limitará a la documentación de servicios de salud. Asimismo, autorizo la divulgación de cualquier información de servicios de salud que brinde el distrito escolar al agente de facturación y a Medi-Cal/Denti-cal si fuera necesario para procesar el reclamo.

Nombre del Padre / Tutor Legal

En letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

POR FAVOR, ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL MAESTRO DE SU HIJO/A LO MAS PRONTO POSIBLE.

Health History - Please Answer All Questions - Parent's Signature Required Below - Use Blue or Black ink only

Child's Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ Date: _____
 Address: _____ 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. Is your child now under doctor's care? Yes No
 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 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 _____ Yes No
 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? (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
- 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 correct. If my child ever has a change in his/her health or his/her medicines change, I will inform the doctor at the next appointment without fail.

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: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: () _____
 Denos el Nombre de su medico familiar: _____ Teléfono: () _____

- | | | | | | |
|--|----|----|---|----|----|
| 1. Tiene su hijo/a problemas de salud?..... | Si | No | 13. Discrasias sanguíneas, tal como anemia..... | Si | No |
| 2. Ha sido hospitalizado?..... | Si | No | 14. Ha sido intervenido quirúrgicamente o ha recibido quimioterapia, o bien radiaciones con el objeto de tratar algún tumor o otra condición..... | Si | No |
| 3. Fecha del ultimo examen medico? _____ | | | 15. Tiene su hijo algún impedimento físico o mental que requiera tratamiento especial en el consultora dental?..... | Si | No |
| 4. Esta su hijo/a bajo tratamiento medico actualmente?..... | Si | No | 16. Tomas u hijo/a actualmente lo siguiente? | | |
| 5. Esta su hijo/a tomando alguna medicamento actualmente? Si, explique _____ | Si | No | A. Antibióticos o sulfas..... | Si | No |
| 6. Ha sido su hijo/a alguna vez operado, o tenido alguna enfermedad grave?..... | Si | No | B. Anticoagulantes..... | Si | No |
| Si, explique _____ | | | C. Medicamentos para la presión arterial elevada..... | Si | No |
| 7. Alguna vez ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades? | | | D. cortisona o esteroides..... | Si | No |
| A. Fiebre Reumática..... | Si | No | E. Tranquilizantes..... | Si | No |
| B. Enfermedad Congénita del Coraza..... | Si | No | F. Aspirina..... | 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,, Arterioselorosisembolias..... | Si | No | G. Dilantin sódico o cualquier otro anticonvulsionente..... | Si | No |
| D. Alergias? Alimentos medicamentos otros | Si | No | H. Insulina, tolbutamida, urease o droga similar..... | Si | No |
| | | | I. Cualquier otro medicamento _____ | | |

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

- | | | | | | |
|--|----|----|---|----|----|
| E. Asma? Fiebre del heno (alergia al pollen) Fecha de ultimo ataque? _____ Usa inhalador?..... Si usa medicamento que clase? _____ | Si | No | 17. Es alergico/a o ha reaccionado infavorablemente a lo Siguiente? | | |
| F. Erupciones Cutaneas o Urticas..... | Si | No | A. Anestesicos locales..... | Si | No |
| G. Demayos?..... | Si | No | B. Penicilina y otros Antibioticos..... | Si | No |
| H. Hepatitis o Enfermedades del Hgado..... | Si | No | C. Sulfamida..... | Si | No |
| I. Reumatismo Inflamatorio (Dolor en las articulaciones)..... | Si | No | D. Barbituros, sedativos o pastillas para dormir..... | Si | No |
| J. Diabetes..... | Si | No | E. Asperina..... | Si | No |
| K. Artritis..... | Si | No | F. Cualquier otra cosa..... | Si | No |
| L. Ulceras Gastritis..... | Si | No | Cual? _____ | | |
| M. Problemas Renales..... | Si | No | 18. Ha tenido algun problema serio asociado con Tratamientos dentales?..... | Si | No |
| N. Tuberculosis (TB)..... | Si | No | 19. Tiene su hijo/a alguna otra enfermedad que no se ha Mencionado?..... | Si | No |
| O. Tos persistente o sangrado cuando tose..... | Si | No | Explique? _____ | | |
| P. Enfermedades venerias..... | Si | No | 20. Ha recibido radiaciones..... | Si | No |
| Q. Epilepsia..... | Si | No | 21. Fecha del ultimo tratamiento dental recibido _____ | | |
| R. Enfermedad del sickle cell..... | Si | No | 22. Ha recibido tratamiento ortodocico? (usa frenos)..... | Si | No |
| S. Enfermedad de la tiroides..... | Si | No | 23. Ha sido alguna vez atendido de enfermedades de las Ensias? (Gingivitis, Priodontis, Piorre, Boca de Trinchera)..... | Si | No |
| T. AIDS (SIDA)..... | Si | No | 24. Sangra sus encias cuando se cepilla los dientes..... | Si | No |
| U. Enfisema..... | Si | No | 25. Rechina sus dientes?..... | Si | No |
| V. Tratamiento ssiquiatico..... | Si | No | 26. Tiene dolor de dientes o muelas frecuentemente..... | Si | No |
| W. Labio y/o paladar hendido..... | Si | No | 27. Tiene ulceritas en su boca frecuentemente..... | Si | No |
| X. Paralisis cerebral..... | Si | No | 28. Ha tenido a sufrido golpes en su boca o quijada..... Si es asi, explique? _____ | Si | No |
| Y. Retraso mental..... | Si | No | 29. Se le hincha la boca frecuentemente..... | Si | No |
| Z. Problemas de los oidos..... | Si | No | 30. Ha estado santisfecho con el tratamiento dental que se Le ha efectuando a su hijo/a..... | Si | No |
| aa. Trastornos de desarrollo(impedimentos fisicos) Si, explique _____ | Si | No | MUJER ADOLESENTE | | |
| bb. Nacio su hijo antes de tiempo?..... | Si | No | 31. Esta ud. Embarazada o peinsa que lo esta..... | Si | No |
| cc. Otros _____ | | | 32. Planeas emabarazarte proximamete?..... | Si | No |
| 8. Orina si hijo/a mas de 6 veces al dia?..... | Si | No | 33. Toma la pastilla anticonceptiva?..... | 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 cirugia previa, extracciones dentales O accidents?..... | Si | No | | | |
| 11. Se le forman moretenes frecuentemente?..... | Si | No | | | |

Certifico que todas las preguntas fueron constestadas veraz y coorrectamente. Si mi hijo (a) tiene un cambio de salud. O toma algun medicamento debere de informarlo al doctor al doctor en mi próxima cita sin falta alguna

Firma del Padre, Madre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

Medical History/Physical Examination Review

Date	Addition	Faculty/Student Signatures
_____	_____	_____
_____	_____	_____