



OAK PARK
RIVER FOREST
**Infant
Welfare
Society**

*Sponsors
of The
Children's
Clinic*

Dental Screening and Sealant Program

Free Dental Exams and Sealant Placement

We are again offering dental screening and sealants in partnership with the IWS Children's Clinic and the Berwyn Health District. **Irving Elementary** was chosen to take part in this project, which provides free dental exams and sealant placement on the teeth of eligible kindergarten, second and sixth graders.

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 by **Friday, April 5th, 2013.**

Screening will take place on:

Wednesday, April 10, Thursday, April 11, and Friday April 12, 2013.

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 are fine.

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 Dr. Betsy Samore (708-848-0528) if you have more questions.

Prizes

The classroom that returns the most consent forms will receive a prize!

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.



OAK PARK
RIVER FOREST

Infant
Welfare
Society

*Sponsors
of The
Children's
Clinic*

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 the Oak Park River Forest Infant Welfare Society, to provide dental care to my child. I hereby release, waive and discharge the IWS Children's Clinic and Irving Elementary School, 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 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

Check 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

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



OAK PARK
RIVER FOREST

Infant
Welfare
Society

*Sponsors
of The
Children's
Clinic*

Detección Dental y Programa de Selladores

Gratis exámenes dentales

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

Y selladores

Irving Elementary fue elegida para participar en este proyecto que proporciona revisiones dentales gratis y colocación de selladores en las muelas para los estudiantes en el kindergarten, segundo, y sexto grados que califican. Usted recibirá una copia del examen dental después de nuestra visita.

Si desea que su niño/a participe en este programa por favor llena el formulario de consentimiento detrás de esta pagina y devuélvela al maestro de su hijo/a antes del Viernes, **05 de abril 2013**.

La revisión va ocurrir **miércoles, 10 de abril, jueves, 11 de abril, y el viernes 12 de abril 2013**.

P & R

P: ¿Que son los selladores?

R: Los selladores o sellantes 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 cuanto tiempo duran los selladores?

R: Selladores pueden durar hasta cinco años.

P: ¿Como 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: ¡Si, 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 Dra. Betsy Samore al (708) 848-0528.

Premios

La clase que devuelva más formularios de consentimiento firmadas ganara un premio!

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.



OAK PARK
RIVER FOREST
**Infant
Welfare
Society**

*Sponsors
of The
Children's
Clinic*

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
Child's Race	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 the 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 the **IWS Children's Clinic and Irving Elementary School**, 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 esta proviniendo estos procedimientos como un servicio publico. Esta autorización expirará cinco años apartir de la fecha. Este Programa de Servicios de Salud Dental fue proveído por the 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 esta 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	Fecha de la última visita dental
Cuáles Alergias	Nombre del dentista familiar
	¿Su hijo/a esta tomando medicamentos? SÍ NO Cuales medicamentos:
	¿Que 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