

FREE DENTAL SERVICES AT YOUR CHILD'S SCHOOL



Important: Please return a signed permission slip to use this free service.

Up to 24 months of free services can include:

- Free dental screening: Our dental professional looks in the student's mouth to check the overall health of teeth and gums.
- Free dental sealants: Coatings put on the student's back teeth to prevent cavities.
- Free Fluoride: Brushed on teeth, this vitamin makes teeth stronger and prevents cavities.

Why you should sign your child up for free services:

- Healthy teeth are important to your overall health.
- When dental sealants are done in school, you miss less work, and your child misses less school.
- Dental sealants are done by dental care professionals.
- See your dentist at least once a year.

Sign up with your phone!



[HTTPS://RB.GY/L6CQKD](https://rb.gy/L6CQKD)



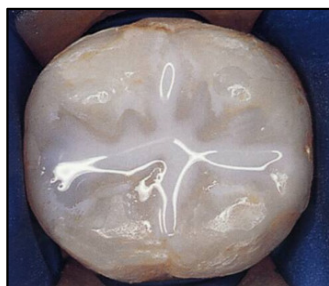
For more information, please
call us at

503-356-3987

Before Sealant



After Sealant



The Problem: Cavities

- Cavities are the most common childhood disease.
- About 50% of children aged 5-11 years have at least one cavity¹.

The Solution: Dental Sealants

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not².
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth³.

¹ CDC. Children's Oral Health. [https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%](https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20)

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

Permission Slip for Free Dental Services



Up to 24 months of Free dental screenings, sealant placements, and brushed-on fluoride are offered at your child's school. These services are done by dental care professionals and will help prevent cavities.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: _____		
School: _____		

Check **ONE BOX** below to sign up for this free service:

- ☐ Yes, to screening, sealants and fluoride
- ☐ Yes, to screening and sealants
- ☐ Yes, to screening and fluoride
- ☐ Yes, to screening only

* If many "yes" boxes are checked, all checked services will be provided.

☐ **NO, do not provide any dental services for my child**

Sign up with your phone!



[HTTPS://RB.GY/L6CQKD](https://rb.gy/L6CQKD)

Contact Information	
Parent/Guardian:	Preferred Language:
Best phone number to reach you:	Permission to Text: ☐ YES ☐ NO
Email address:	
Mailing address:	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications):	None: ☐
My child is allergic to:	None: ☐
Any current medical conditions:	None: ☐
Any behavioral considerations:	None: ☐
Other information to help us better serve your child:	None: ☐

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: ☐ Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ Private dental insurance company _____ ☐ No health insurance	These services are FREE!
As the legal parent/guardian, I consent for 24 months to the release and sharing of information, including personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I understand that my child's school may not supervise my child or dental staff during the time of this consented procedure. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices," also available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms . I understand that a dental student closely supervised by a licensed professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	

SERVICIOS DENTALES GRATUITOS EN LA ESCUELA DE SU HIJO



Importante: Por favor, devuelva la hoja firmada de permiso para utilizar este servicio gratuito.

Los servicios incluyen:

- Examen dental gratuito: nuestro profesional dental examina la boca del alumno para evaluar la salud general de los dientes y las encías.
- Selladores dentales gratuitos: revestimientos que se ponen en los dientes posteriores del alumno para prevenir las caries.
- Flúor gratuito: cepillado sobre los dientes, esta vitamina fortalece los dientes y previene las caries.

Por qué debería inscribir a su hijo en los servicios gratuitos:

- Tener dientes sanos es importante para su salud en general.
- Cuando los selladores dentales se colocan en la escuela, usted falta menos al trabajo y su hijo falta menos a la escuela.
- Los profesionales en el cuidado dental colocan los selladores dentales.
- Visite a su dentista por lo menos una vez al año.

Llenar en el teléfono



<https://rb.gy/vthiv>



Para más información,
llámenos al
503-356-3987

Antes del sellador

Después del sellador



Problema: la caries

- La caries es la enfermedad más común en los niños.
- Alrededor del 50% de los niños de 5 a 11 años tienen al menos una caries¹.

Solución: los selladores dentales

- Los alumnos a quienes se les colocan selladores tienen un 50% menos de caries que aquellos a quienes no se les colocan².
- La aplicación de flúor previene el 43% de las caries en los dientes permanentes y el 37% de las caries en los dientes de leche³.

¹ CDC. Children's Oral Health. [https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%](https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20)

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

Hoja de permiso para servicios dentales gratui



En la escuela de su hijo se ofrecen revisiones dentales y servicios de aplicación de selladores y barniz de flúor gratuitos. Estos servicios, que ayudarán a prevenir las caries, son llevados a cabo por profesionales de la atención dental.

Nombre del niño: _____
(Apellido) (Nombre) (Nombre preferido)
Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____ Maestro: _____ Grado: _____
Escuela: _____

Marque **UNA CASILLA** a continuación para este servicio gratuito:

- ☐ Sí, para revisiones, aplicación de selladores y barniz de flúor
- ☐ Sí, para revisiones y aplicación de selladores
- ☐ Sí, para revisiones y aplicación de barniz de flúor
- ☐ Sí, únicamente para revisiones

* Si marca "Sí" en más de una casilla, se brindarán todos los servicios que autorice.

llenar en el teléfono



<https://rb.gy/vthiv>

☐ **NO, no brindar ningún servicio dental para mi hijo/a**

Información de contacto	
Padre/Madre/Tutor:	
Número telefónico para comunicarnos con usted:	Permiso para enviar mensajes de texto: ☐ SÍ ☐ NO
Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal:	

Proporcione la siguiente información para poder atender mejor a su hijo/a:

Mi hijo toma (indique sus medicamentos):	Ninguno: ☐
Mi hijo es alérgico a:	Ninguno: ☐
Padecimientos médicos actuales:	Ninguno: ☐
Consideraciones sobre su comportamiento:	Ninguna: ☐
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo:	Ninguna: ☐

Llene la siguiente sección. Usted no recibirá ninguna factura.

Seguro de salud: ☐ Núm. de identificación del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)/Medicaid _____ ☐ Compañía de seguro dental privado _____ ☐ No tiene seguro médico	¡Estos servicios son GRATUITOS!
En mi carácter de padre/madre/tutor legal, doy mi autorización por un período de 24 meses para divulgar e intercambiar información, incluida cualquier información médica personal, entre el personal de atención dental, el personal de la escuela, las compañías de seguro, el dentista del menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Atención Dental registrada. Entiendo que la escuela de mi hijo no puede supervisar a mi hijo ni al personal dental durante el tiempo de este procedimiento autorizado. Recibí una copia de los "Avisos sobre prácticas de privacidad". Las prácticas de privacidad pueden consultarse en el sitio web de All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms .	
Firma del padre, madre o tutor: _____	Fecha: _____