



Consent Form

Treatment Agreement and Release of Liability Form

PLEASE PRINT CLEARLY

I herby release, waive and discharge the DuPage County Health Department, their employees and agents, from any liability to me, my personal representatives or next of kin for any and all damage, and any claim or demands made on account of dental services provided. I further agree to indemnify, save and hold harmless the DuPage County Health Department and any of its agents from any loss, liability, damage or cost or claim they may incur as a result of dental services. I have read and understood this agreement and voluntarily agree to all of its terms and conditions. I understand that the DuPage County Health Department is providing these procedures as a public service and has my permission to recheck and replace sealants as dictated by the grant, this authorization expires five years from this date.

I give consent for my child to have dental treatment by the DuPage County Health Department Dental Program.

I herby authorize the dentists and dental hygienists in attendance to examine and treat my minor or ward as applicable and to perform all dental procedures including local anesthesia, restorations, extractions, dental cleaning, sealants and fluoride treatment as may be deemed necessary by the dentist.

I have reviewed my child's medical history.

I understand that DuPage County Health Department may use and disclose protected health information about me in order to carry out treatment, payment and health care operations as well as for other reasons outlined in the Notice of Privacy Practices. Further, I understand that if applicable, the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act, AIDS, STD, and other privacy laws provide additional and in some cases stricter protections of my personal information. In no manner, does this acknowledgment reduce my privacy protection under the law.

I permit the Department to use my protected health information as described in the Privacy Notice.

Sign Here: _____ **Date:** ____/____/____

First Name: _____ Last Name: _____

Age: _____ Date of Birth: ____/____/____ Gender: Male Female Race: _____

Parent/Guardian's Name: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Home Telephone Number: _____ E-mail: _____

Grade: _____ Teacher: _____ School: _____

How many people live in your household?: _____

Please Circle Your Family Income:

\$34,840 or less	\$62,080 or less	\$89,320 or less
\$43,920 or less	\$71,160 or less	\$98,400 or less
\$53,000 or less	\$80,240 or less	\$107,480 or more

My child is eligible for the FREE or REDUCED lunch program: Yes No

If child has Medicaid:

Enter Child's 9-digit Medicaid Recipient ID Number HERE:

Your Medicaid will be billed.

Has your child ever had any of the following?: (Check Yes or No)

Heart Condition Yes No Seizures/Convulsions Yes No Bleeding Disorder Yes No
Tuberculosis Yes No Diabetes Yes No High Blood Pressure Yes No
Asthma Yes No Liver/Kidney Problems Yes No

Have you ever been told by a dentist or physician that your child needs to take antibiotics (Penicillin) before dental care?: Yes No

Does your child have Allergies?: Yes No List Allergies: _____

Does your child take Medication?: Yes No List Medications: _____

Does your child have any other health issues?: Yes No List: _____



Formulario de Consentimiento

Acuerdo de Tratamiento y Formulario de Liberación de Responsabilidad

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE Y PLUMA

Por medio de la presente eximo, renuncio y absuelvo al Departamento de Salud del Condado de DuPage, a sus empleados y agentes, de cualquier responsabilidad hacia mí, mis representantes personales o pariente más cercano por cualquier daño y reclamo o demanda en relación con los servicios dentales proporcionados. Además, acepto indemnizar, dejar a salvo y liberar de responsabilidad al Departamento de Salud del Condado de DuPage y a cualquiera de sus agentes de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo o reclamo en el que puedan incurrir como resultado de los servicios dentales. He leído y entendido este acuerdo y acepto voluntariamente todos sus términos y condiciones. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de DuPage proporciona estos procedimientos como un servicio público y tiene mi permiso para volver a revisar y reemplazar los selladores según lo dictado por la subvención; esta autorización vence cinco años después de esta fecha.

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento dental con el Programa Dental del Departamento de Salud del Condado de DuPage.

Por la presente autorizo a los dentistas e higienistas dentales que asisten a examinar y tratar a mi menor o pupilo según corresponda y a realizar todos los procedimientos dentales, incluyendo anestesia local, restauraciones, extracciones, limpieza dental, selladores y tratamiento de fluoruro, según lo considere necesario el dentista. **He revisado los antecedentes médicos de mi hijo.**

Comprendo que el Departamento de Salud del Condado de DuPage puede usar y divulgar la información protegida sobre mi atención médica en sus operaciones con fines de tratamiento, cobranza y administración de los servicios médicos, así como por otros motivos que se explican en el Aviso sobre prácticas de privacidad. Comprendo además que, cuando corresponda, la ley de Illinois sobre la confidencialidad en materia de discapacidades mentales y del desarrollo del Estado de Illinois (Illinois Mental Health and Development Disabilities Confidentiality Act) y las leyes sobre el SIDA y la enfermedades venéreas, y otras leyes sobre la privacidad brindan protección adicional sobre mis datos personales, y que en algunos casos estas limitaciones son incluso más estrictas. Este acuse de recibo no reduce de ninguna forma la protección de mis datos personales bajo la ley.

Doy mi permiso al Departamento para que use la información protegida sobre mi atención médica de la forma descrita en el Aviso sobre prácticas de privacidad.

Firme aquí: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Nombre del niño/a: _____ Apellido: _____

Edad del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo del niño/a: M F Origen étnico: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono casa: _____ Correo electrónico: _____

Grado escolar: _____ Maestro: _____ Escuela: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar?: _____

Por Favor Encierre en un Círculo su Ingreso Familiar:

\$34,840 o menos	\$62,080 o menos	\$89,320 o menos
\$43,920 o menos	\$71,160 o menos	\$98,400 o menos
\$53,000 o menos	\$80,240 o menos	\$107,480 o más

Mi hijo es elegible para el programa de almuerzo GRATUITO o A PRECIO REDUCIDO: Si No

Si el niño/a tiene Medicaid:

Ingrese el número de identificación de beneficiario de Medicaid de 9 dígitos del niño AQUÍ:

Se facturará a su Medicaid.

¿Alguna vez su hijo/a ha tenido o padecido alguno de lo siguiente?: (Marque Sí o No)

Problema cardíaco Si No Convulsiones/Crisis epilépticas Si No Trastorno de sangrado Si No
Tuberculosis Si No Diabetes Si No Alta presión arterial Si No
Asma Si No Problemas de hígado/riñón Si No

¿Alguna vez le ha dicho un dentista o médico que su hijo/a necesita tomar antibióticos (penicilina) antes de recibir atención dental? Si No

¿Su hijo/a tiene Alergias?: Si No Indique Alergias: _____

¿Su hijo/a toma Medicamentos?: Si No Indique medicamentos: _____

¿Su hijola tiene algun otro problema de salud?: Si No Indique: _____