



Stony Brook
School of Dental Medicine

School Based Dental Health Program
Grades 1, 2, 3

No cost to families for preventive services
dental screening teeth cleaning
fluoride treatment sealants

This is offered for those children
who do not have a dental home or
have not seen a dentist during the past 6 months.

Please complete the attached Health History Permission Form and include copies of the dental insurance cards so your child can receive these services.

A Summary Form will be given to your child stating what treatment was completed and if any further treatment is required.

The Dental Hygienist will call the parent of any child who needs followup treatment to make sure the treatment is being taken care of or if they need assistance in locating a dentist.

If you have any questions
please call Margaret Bakos
631-632-3164

**Forms must be returned
to the teacher by
September 13, 2019**

All school-based dental services are to be provided with no out-of-pocket expenses to students or their families. In order to provide these services we are required by New York State law to submit all billable clinical preventive and treatment services for reimbursement to Medicaid, Child Health Plus, or to the child's private dental health insurance carrier, as appropriate. According to New York State law if we are unable to collect payment for services no child can be denied treatment services solely on the family's lack of insurance or inability to pay.





Stony Brook School of Dental Medicine

School Based Dental Health Program

Grado 1, 2, 3

Sin costo a las familias para servicios preventivos

examen dental limpieza de los dientes
tratamiento con flúor sellador

Esto se ofrece para aquellos niños que no tienen un hogar dental o no han visto a un dentista durante los últimos 6 meses.

Por favor complete el formulario de permiso de historia de salud e incluya copias de las tarjetas de seguro dentales para que su hijo pueda recibir estos servicios.

Se le dará un formulario de resumen a su hijo indicando qué tratamiento se completó y se requiere cualquier tratamiento adicional.

El higienista dental llamará al padre del uier niño que necesite tratamiento de seguimiento para asegurarse de que el tratamiento se está cuidando o si necesita ayuda para localizar a un dentista.

**Formularios deben ser devueltos
para la profesora(o) por
September 13, 2019**

**Si tienes alguna pregunta
por favor llame a Margaret Bakos**

631-632-3164

Todos los servicios dentales en la escuela deben ser proporcionados con sin gastos en efectivo a los estudiantes o sus familias. Para proporcionar estos servicios estamos obligados por la ley del estado de Nueva York a presenta odo facturable prevención y tratamiento de servicios clínicos para el reembolso de Medicaid, Child Health Plus, o al portador de seguro privado de salud dental del niño, según corresponda. Acordando a la ley del estado de Nueva York somos incapaces de recoger el pago para los servicios de que ningún niño se puede negar los servicios de tratamiento únicamente en ausencia de la familia de seguro o de incapacidad de pago.





Stony Brook
School of Dental Medicine

School Based Dental Health Program
Health History and Permission Form

School _____

Grade _____

Teacher _____

**This form must be
completed in full.
Incomplete forms
will not be accepted.**

**Una copia de la tarjeta
de seguro dental
debe adjuntarse a
este formulario**

First Name/Primer Nombre

Last Name/Apellico

Birthdate/Fecha de Nacimiento

Age/Edad

Sex/Genero ___ M ___ F

Which of the following best describes your child? / ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor a su hijo?

- White
 Hispanic/Latino
 Asian
 Black/African American
 American Indian/Alaska Native
 Other _____

HomeAddress/Domicillo _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____

Zip Code/Codigo Postal _____

Parent/Guardian/El Padre O La Madre _____

Home Phone/Numero de Telefono _____

Cell Phone/Celular _____

E-mail _____

Parent Initial _____

Has your child ever been to see a dentist? ¿alguna vez su hijo ha ido a ver a un dentista?

___ Yes ___ No (If yes, dentist information is required)

Name of Dentist _____

Address _____

Phone _____

Has your child had dental care within the past 6 months? ¿ha tenido su hijo cuidado dental en los últimos 6 meses?

___ Yes ___ No (If yes, check box / Si sí, verifica caja)

_____ date of exam at dentist office/examen en la oficina de dentista

_____ date of cleaning at dentist office/ de limpieza en la oficina de dentista

_____ date of fluoride treatment at dentist office/tratamiento de fluoruro

en el dentista de la oficina

May we contact the dentist if further information is required and/or we need to notify the dentist of further treatment that is needed? ___ Yes ___ No

¿Podemos contactar al dentista si se requiere más información y/o necesitamos notificar al dentista sobre el tratamiento adicional que se necesita? ___ Yes ___ No

1. Does your child take fluoride at home?/ ¿Toma su niño de fluoruro en el hogar?

___ Yes ___ No If yes, check box / Si sí, verifica caja

prescription tabs/partituras prescripción rinse at home/enjuague en el hogar

2. Does your child have or had/Su hijo tiene o ha tenido:

Heart problems/ Los problemas del corazón ___ Yes ___ No

Asthma/Asma ___ Yes ___ No

Bleeding problems/ Problemas de hemorragias ___ Yes ___ No

Hepatitis/Hepatitis ___ Yes ___ No

Hospitalizations/Hospitalizaciones ___ Yes ___ No

TB ___ Yes ___ No

HIV+ ___ Yes ___ No

Allergies/Alergias ___ Yes ___ No

Are your child's vaccinations up to date/ ___ Yes ___ No

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo

Please explain anything for which you have answered YES

Por favor explique cualquier cosa por la que se ha respondido afirmativamente

Parent Initial _____

3. Any other medical problems? / ¿Tiene su hijo algún problema médico?

Yes No If yes, please describe/ En caso afirmativo, por favor describa

4. Is your child taking any medicine? / ¿Está su hijo tomando algún medicamento?

Yes No

If yes, please list medications/En caso afirmativo, por favor, la lista de medicamentos

Name of Medical Physician/ Nombre del Médico

Phone # _____

May we contact the physician if further information is required for the dentist to treat your child?

Yes No

¿Podemos contactar al médico si se requiere más información para que el dentista trate a su hijo?

Yes No

- - - - -
I give permission for Stony Brook U. School of Dental Medicine to evaluate my child's teeth, and if appropriate, provide preventative dental services. Services may include cleaning, the application of fluoride and the placement of dental sealants.

Day permiso para que Stony Brook U. Escuela de Medicina Dental de evaluar los dientes de mi hijo, y en su caso, proporcionar servicios dentales preventivos. Los servicios pueden incluir la limpieza, la aplicación de flúor y la colocación de los selladores dentales.

Parent signature/Firma de los padres _____

Date/Fecha _____

REQUIRED DENTAL INSURANCE INFORMATION
INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL REQUERIDA

Please indicate which dental insurance you have for your child / Sirvase indicar cual de los siguientes tipos de seguro tiene para su hijo(a)

- Affinity
- Emblem Health
- Fidelis
- Health First
- Health Plex - Medicaid
- Medicaid
- United Health Care Community Plan (Not the Essential Plan)

PRIVATE DENTAL INSURANCE

- CSEA Parent Name _____
- CIGNA PPO
- Delta Dental PPO Member ID# _____
- Emblem PPO Parent date of birth _____

For plans under parents: name, member id # is needed and date of birth is needed in order to bill directly to the insurance.

Para los planes bajo los padres: nombre, identificación del miembro se necesita y fecha de nacimiento es necesario con el fin de facturar directamente al seguro

No Dental Insurance/Ningún Seguro Dental

**A copy of the
Dental Insurance
card must be
attached to this form.**

**Una copia de la tarjeta
de seguro dental debe
adjuntarse a este
formulario.**

Parent Initials _____