



# 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:**

<b>\$36,620 or less</b>	<b>\$64,940 or less</b>	<b>\$93,260 or less</b>
<b>\$46,060 or less</b>	<b>\$74,380 or less</b>	<b>\$102,700 or less</b>
<b>\$55,500 or less</b>	<b>\$83,820 or less</b>	<b>\$112,140 or more</b>

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:**

<b>\$36,620 o menos</b>	<b>\$64,940 o menos</b>	<b>\$93,260 o menos</b>
<b>\$46,060 o menos</b>	<b>\$74,380 o menos</b>	<b>\$102,700 o menos</b>
<b>\$55,500 o menos</b>	<b>\$83,820 o menos</b>	<b>\$112,140 o más</b>

**Mi hijo es elegible para el programa de almuerzo GRATUITO o A PRECIO REDUCIDO:**  Sí  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  Sí  No Convulsiones/Crisis epilépticas  Sí  No Trastorno de sangrado  Sí  No  
Tuberculosis  Sí  No Diabetes  Sí  No Alta presión arterial  Sí  No  
Asma  Sí  No Problemas de hígado/riñón  Sí  No

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

¿Su hijo/a tiene Alergias?:  Sí  No Indique Alergias: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a toma Medicamentos?:  Sí  No Indique medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Su hijola tiene algún otro problema de salud?:  Sí  No Indique: \_\_\_\_\_