

**"MILES OF SMILES" Dental Mobile Unit
OTTAWA COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
CHILD DENTAL REGISTRATION AND HEALTH HISTORY**



Child's Name (First	MI	Last)	Sex	Birth date
Parent's Name			Telephone	
Address		City	State	Zip

To receive dental services this portion must be completed: Have you applied for Medicaid coverage for your child in the last 90 days? Yes No

Child's Medicaid/Recipient ID # _____ Child's Social Security Number _____

How many people are in your household? _____ What is your **monthly** household income before taxes? \$ _____

School presently attending: _____ Grade _____ AM PM Teacher _____

Has child been seen on our Dental Mobile Unit before? Yes No If yes, name of school attending: _____

Ethnic/Racial Background (Please check all that apply):

African American Arab/Chaldean Asian/Pacific Islander Hispanic Native American White

Child of Migrant Farm Worker: Yes No

HEALTH HISTORY

Date of Last Physical Exam:	Date of Last Dental Exam:	Are immunizations Complete? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	---------------------------	--

Medical Doctor's name: _____

1. Is child under the care of a doctor for any medical condition? Yes No
If yes, what medical condition? _____

2. Is child taking any medications? Yes No
If yes, what medications? _____
For what medical condition? _____

3. Is there any abnormal bleeding? Yes No

4. Has child ever been hospitalized? Yes No
If yes, for what: _____

5. Has child ever had surgery? Yes No
If yes, for what? _____

6. Does child have allergy to penicillin or other drugs? Yes No
If yes, what allergies? _____

7. Are there other allergies (latex, food, pollen, animals, dust)? Yes No
If yes, what other allergies? _____

8. Does child have any cognitive or emotional impairments?. Yes No
If yes, please explain: _____

9. How do you think child will do with the dental visit? _____

10. Does the child have any history or difficulty with any of the following? (Please check all that apply)

<input type="checkbox"/> Acid Reflux/GERD	<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> Kidney	<input type="checkbox"/> Thyroid
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Liver	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Chronic Sinus	<input type="checkbox"/> Heart Disease	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Other: (list below) _____
<input type="checkbox"/> Artificial Joints	<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Heart Murmur	<input type="checkbox"/> Pregnancy	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever	
<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Steroid Therapy	

AUTHORIZATION

I grant Ottawa County Health Department (OCHD) permission to provide all needed dental services with Nitrous Oxide use, if required, to the above-named minor. I also grant permission for dental, dental hygiene and/or dental assisting students, under the direct supervision of a licensed dental professional, to provide dental services for my child. I understand that an HIV or hepatitis test may be performed on him or her without consent in the event that an OCHD employee or a dental provider sustains a needle stick injury, mucous membrane or open wound exposure to my child's blood or other body fluids. In the event of an emergency I authorize an adult to seek medical attention for my child. I give permission for a school employee to transport my child to OCHD's designated medical facility.

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I hereby authorize OCHD to verify the information above. I understand that if I have given false information this may disqualify my child from receiving dental services. I certify that I give full consent to have my child photographed, videotaped and/or interviewed on "Miles of Smiles" Dental Mobile Unit. I also give full consent for said photographs, videotapes and/or interviews to be published for health agencies use and/or news media releases. Dental records may be made available to schools, head start programs, dental offices, clinics, health agencies, assistance programs and your health insurance plan, upon request. I have been informed that the HIPAA Privacy Notice is available on the county website www.miOttawa.org/dental. A copy of the HIPAA Privacy Notice is also available upon request by calling 616.494.5540

Signature of parent or guardian	Relationship	Date

**El Autobus Dental "MILES OF SMILES"
OTTAWA COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
REGISTRACIÓN DENTAL Y HISTORIAL MÉDICO PARA NIÑOS**



Nombre de Niño _____	Sexo _____	Fecha de Nacimiento _____
----------------------	------------	---------------------------

Nombre de Padres _____	Telefono _____
------------------------	----------------

Dirrección _____	Cuidad _____	Estado _____	Código postal _____
------------------	--------------	--------------	---------------------

Para recibir servicios dental llene esta parte completa: ¿Usted ha solicitado Medicaid para su niño en los 90 días pasados? Si No

Numero de Medicaid _____ Numero del seguro social del niño _____

Cuantas personas viven en su casa? _____ Que es su Ingreso **mensual** (antes de taxes)? \$ _____

Escuela _____ Grado _____ AM PM Maestro(a) _____

Hemos visto a su niño/a antes en el autobus dental? Si No Si, si el nombre del la escuela que atendió anteriormente: _____

Ráza (Por favor marque todas que le apliquen):

African American Arab/Chaldean Asian/Pacific Islander Hispanic Native American White

Niño de trabajador migrante: Si No

HISTORIAL MÉDICO

Fecha del ultimo examen fisco: _____	Fecha del ultimo examen dental: _____	Estan las vacunas completas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------------	--

Nombre de Médico: _____

1. ¿Esta el niño debajo de atención de médico por alguna condición medica? Si No

¿Si esta cual condición medica? _____

2. ¿Esta su niño recibiendo alguna medicación? Si No

¿Si esta cual medicacións son? _____

¿ Para cual condición medica? _____

3. ¿Sangra demasiado cuando se corta? Si No

4. ¿Su niño alguna vez a estado en el hospital? Si No

¿Si contesto si porque razon? _____

5. ¿Ha tenido su niño alguna cirugia? Si No

¿Si acazo, a tenido de que es? _____

6. ¿Su niño tiene alergia a la penicilina o otras medicinas? Si No

¿Si tiene alergias cuales son? _____

7. ¿Tiene alguna alergias con (guantes de latex, comidas, polen, animales, polvo)? Si No

¿Si tiene allergias cuales son? _____

8. ¿Su niño tiene debilitaciones cognoscitivas o emocionales? Si No

¿Si tiene, cual condiciones son? _____

9. ¿Cómo cree que su niño va a hacer con la visita al dentista? _____

10. Tiene el niño historia o dificultad con uno de los siguientes? (por favor marque todas que le apliquen)

<input type="checkbox"/> Reflujo ácido/GERD	<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Rinónez	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sinusistis Crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Otro:(Lista abajo)
<input type="checkbox"/> Nudillos artificiales	<input type="checkbox"/> Convulciones	<input type="checkbox"/> Murmuro de corazón	<input type="checkbox"/> Embarazada	_____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	_____
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Incapacidad	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Terapia de Esteroides	_____

AUTORIZACIÓN

Yo doy mi permiso a Ottawa County Health Department (OCHD) que den todos los servicios dental necesarios con el uso de nitrous oxide si es necesario al nombrado menor. Y tambien doy mi permiso para proveer servicios dentales a mi hijo(a) por estudiantes en dental y en higiene dental, bajo la directa supervision de un dentista profesional con licencia. Entiendo que un examen de (SIDA) o hepatitis pueden ser realizados al paciente menor antes mencionado, en la eventualidad de que un empleado de OCHD O proveedor dental sufra daño un pinchazo de aguja, o expuesto a la membrana mucosa, a una herida abierta u otros fluidos corporales del paciente antes mencionado. En caso de emergencia, yo autorizo a un adulto para que intervenga con respecto al cuidado médico de me hijo(a). Le doy permiso a un empleado del la escuela que transporte mi hijo(a) a un medicó designado del OCHD.

Declaro que la información es verdad y corecto. Autorizo que el condado comprobar la información. Entenido que si la información es falso no califica para los servicios dentales. Yo autorizo que pueden sacar fotografias video y entrevistar en la autobus dental de "Miles of Smiles". Tambien autorizo que usan las fotografias, video y entrevistar para editado por el condado y medios publicitarios. Los registros de dentales se pueden hacer disponibles a escuelas, programas head start, las oficinas dentales/clinicas, agencias de salud, los programas de ayuda y su seguridad de salud. He sido informado de que la Notificación de Privacidad HIPAA está disponible en el website www.miOttawa.org/dental. Una copia de la "Notificación de Privacidad HIPAA" también está disponible previa solicitud llamando al 616.494.5540 .

Firma de Padres o Guardian _____	Relación _____	Fecha _____
----------------------------------	----------------	-------------