



Children's Clinic

Oak Park River Forest
Infant Welfare Society

Dental Screening Program

Free Dental Exams

We are offering dental screening in partnership with the IWS Children's Clinic. **Forest Park Back to School Fair** was chosen to take part in this project, which provides free dental exams for children 2-18 years of age.

You will receive a copy of your child's dental exam after he/she is seen. Taking part in this screening program will satisfy the requirement of receiving a dental exam for those children entering kindergarten, second, and sixth grade

Screening will take place: **August 16th 5:00-8:00 PM @ Forest Park Middle School**

Q & A

Q: Does a parent have to be present at the time of the exam?

A: No, a parent or guardian does not have to be present at the time of the exam as long as the consent form is signed.

Q: How long will the exam last?

A: The exam will last 3-5 minutes for each child.

Q: What is the benefit of signing up for this program?

A: Your child will have proof of dental exam to meet school requirements and you will receive a copy of the exam to learn about your child's oral health status.

Call Us

This program does not replace the advice or care from your regular dental professional.

If your child does not have a dentist please contact IWS Children's Clinic at (708) 848-0528 to schedule an appointment.

Thank you.



Dental Treatment Agreement and Parent/Guardian Release of Liability Consent Form

Child's First Name	Child's Last Name
Child's Race	Date of Birth
Child's Age	Sex Female or Male
Parent/Guardian's Name	Telephone Number
Teacher's Name	Address
School	City, State, Zip
Is your child eligible for the Free or Reduced Lunch Program? YES NO	Grade
Is your child enrolled in the All Kids Program? YES (Public Aid/Medical Card) YES NO	Is your child covered by other dental insurance? YES NO
If yes, include your child's recipient ID number	How many people live in your household?

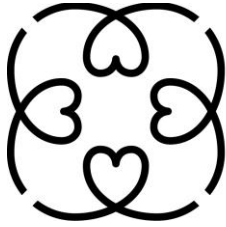
Release of Liability for the Dental Program. I give my consent for the IWS Children's Clinic sponsored by the Oak Park River Forest Infant Welfare Society, to provide dental care to my child. I hereby release, waive and discharge the **IWS Children's Clinic and Forest Park Back to School Fair** their employees and agents, from any liability to me, my personal representatives or next of kin for any and all damages, and any claim or demands made on account of injury or dental disease resulting from the dental procedures. I have read and understood this agreement and voluntarily agree to all of its terms and conditions. I understand that the IWS Children's Clinic is providing these procedures as a public service. This authorization expires five years from this date. This Dental Health Services Program was provided by the IWS Children's Clinic with funding from the Illinois Department of Public Health and the Berwyn Public Health District.

Signature of Parent/Guardian

Date

Health History

Mark if your child has had any of the following:	Date of Last Dental Exam
<input type="checkbox"/> Heart Disease	Name of Family Dentist
<input type="checkbox"/> Diabetes	Is your child taking any medications? YES NO If yes, List Medications:
<input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures	What type of water does your child drink? <input type="checkbox"/> city water <input type="checkbox"/> bottled water <input type="checkbox"/> filtered water
<input type="checkbox"/> Blood Diseases or Disorders	Has your child had injuries to mouth, head or teeth? YES NO
<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> Latex Allergy	
<input type="checkbox"/> Allergies	
If yes, List Allergies:	



Children's Clinic

Oak Park River Forest
Infant Welfare Society

DetECCIÓN DENTAL

Gratis- Exámenes Dental

Estamos ofreciendo el programa de detección dental en asociación con IWS Children's Clinic. **Forest Park Back to School Fair** fue elegida para participar en este proyecto que proporciona revisiones dentales gratis para los niños que tienen 2 a 18 años.

Usted recibirá una copia del examen dental después de nuestra visita. Participando en este programa cumple con el requisito del estado para recibir un examen dental para los niños entrando grados kindergarten, segundo, y sexto.

La revisión va ocurrir: **16 de agosto 5:00-8:00 PM a Forest Park Middle School**

P & R

P: ¿Es necesario que un padre está presente durante el examen?

R: No, no es un requisito que un padre está presente durante el examen si el/la hijo/a devuelve la forma de consentimiento firmado.

P: ¿Por cuánto tiempo dura el examen?

R: El examen dura 3-5 minutos por cada niño.

P: ¿Qué son los beneficios para participar en este programa?

R: Va a recibir una copia del examen de niño/a para aprender la condición dental de niño y para mantener el requisito del estado para recibir una examen dental.

Llámanos

Este programa no sustituye los consejos ni el cuidado de su profesional dental regular. Si su hijo/a no tiene una dentista, por favor llame IWS Children's Clinic al (708) 848-0528 para hacer una cita.

Gracias.



Children's
Clinic
Oak Park River Forest
Infant Welfare Society

Forma de consentimiento del Padre/Guardián para liberación de responsabilidad y consentimiento de tratamiento dental

Primer Nombre De Niño/A	Apellido De Niño/A
Raza	Fecha De Nacimiento
Edad	SEXO Masculino Femenino
Nombre De Padre O Guardián	Número De Teléfono
Profesor/A	Dirección
Escuela	Ciudad, Estado, Código Postal
¿Mi Hijo/A Es Elegible Para Almuerzos Reducidos? SÍ NO	Grado
¿Tiene Su Hijo Tarjeta Médica? o ALL KIDS? SÍ NO	¿Tiene Su Hijo a Seguro Dental? SÍ NO
número de identificación Será Cobrado	Favor de apuntar cuantas personas viven en su hogar:

Liberación de Responsabilidad para el Programa Dental. Doy mi consentimiento a the IWS Children's Clinic patrocinado por el Oak Park River Forest Infant Welfare Society, para proveer atención dental a mi niño/a. Por la presente, autorizo y libero cualquier responsabilidad a the **IWS Children's Clinic and Forest Park Back to School Fair** sus empleados y personales por daños y perjuicios, por cualquier reclamo o demanda hecha por daño o enfermedad resultado del procedimiento dental. Yo he leído y entendido este contrato y voluntariamente estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones. Yo entiendo que The Children's Clinic está proviniendo estos procedimientos como un servicio público. Esta autorización expirará cinco años apartir de la fecha. Este Programa de Servicios de Salud Dental fue proveído por the IWS Children's Clinic con fondos de Illinois Department of Public Health y Berwyn Public Health District.

Firma Del Padre/Guardián

Fecha

Historia Médica

Marca si su hijo/a tiene o ha tenido alguno de los siguientes:	Fecha de la última visita dental
<input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Problemas o enfermedades de la sangre <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergia al Látex (Goma, Plástico) <input type="checkbox"/> Alergias	Nombre del dentista familiar
	¿Su hijo/a está tomando medicamentos? SÍ NO Cuales medicamentos:
	¿Qué tipo de agua toma su hijo/a? <input type="checkbox"/> de la ciudad <input type="checkbox"/> embotellada <input type="checkbox"/> filtrada
Cuáles Alergias:	¿Ha tenido su hijo/a lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? SÍ NO