

## Upcoming Dental Screening



Dear Parents and Guardians,

Thank you for your partnership as we continue to advance learning for all St. Vrain Valley students. Supporting student health and well-being is an important part of ensuring students have a productive and successful academic experience. Toward that end, St. Vrain Valley Schools have worked with the Sunshine Club in Longmont focusing on helping our students improve or maintain good dental health. Sunshine works with local dentists that volunteer to screen students at their schools.

To qualify for the dental clinic screening all students (1<sup>st</sup> – 8<sup>th</sup> , if applicable) must have signed parental permission to be examined.

After each clinic, notes will be sent home to the parents of all the students screened during the clinic with the results of the dentist's findings and/or recommendations. Parents with a child that has urgent needs for dental care and qualify for Sunshine Club financial assistance will also be contacted by a dentist or Sunshine member for continued support.

If you have any questions, please do not hesitate to contact Student Services at 303-772-7700.

### SUNSHINE CLUB DENTAL SCREENING CLINIC PERMISSION SLIP

Good dental health habits are important and need to be established early in life. A free dental screening will be offered for students in your child's school in January or early February. (1<sup>st</sup> – 8<sup>th</sup> grade, if applicable). **For your child to be seen in the dental screening, this form must be submitted to the school.**

**Please sign and return to your child's teacher by the following date:  
FRIDAY FEBRUARY 11, 2022.**

The following students will qualify to be seen:

- Signed permission slip

Dental Screening Clinic Date: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

I understand that the information regarding my child's dental health will be sent home with him/her following the dental clinic.

**\*\*My child has permission to be seen at the dental screening clinic. YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**\*\* If available, I give permission for my child to have fluoride varnish applied to his/her teeth. YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**\*\*If qualified, Sunshine Club or the dental office may contact me regarding my child's follow-up dental care: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

My Phone Number \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_  
PRINT
SIGNATURE
DATE

Does your child receive Medicaid? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Does your child have private dental insurance of any kind? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Estimados Padres de Familia,

Gracias por su colaboración a manera que continuamos avanzando el aprendizaje para todos los estudiantes del Distrito Escolar de St. Vrain Valley. Apoyar la salud y el bienestar de los estudiantes es una parte importante de asegurarse que los estudiantes tengan una experiencia académica exitosa y productiva. En lo que a eso se refiere, las Escuelas del Distrito St. Vrain Valley trabajan con el Club Sunshine de Longmont enfocandose en ayudarle a nuestros estudiantes a mejorar o mantener una buena salud dental. Sunshine trabaja con dentistas locales voluntarios quienes examinan a sus estudiantes en sus escuelas.

Para calificar para la examinación en la clínica dental todos los estudiantes (del 1<sup>ero</sup> al 8<sup>tavo</sup> si procede) deberán firmar el formato de permiso para los padres para poder ser examinado(a).

Después de cada clínica, se enviarán notas a la casa para informar a los padres de todos los estudiantes examinados durante la clínica los descubrimientos y las recomendaciones del dentista. Los padres de un(a) niño(a) con necesidades de cuidado dental urgente y que califica para la asistencia financiera del Club Sunshine recibirá también la información que necesitan para solicitar un apoyo continuo.

Si tienen alguna pregunta, favor de no dudar de ponerse en contacto con el Departamento de Servicios a los Estudiantes al [303-772-7700](tel:303-772-7700).

### Formato de permiso para la examinación en la Clínica del Club Dental SUNSHINE

Tener un buen hábito de salud dental es importante y es necesario establecerlo durante los primeros años de vida. Se ofrecerá una examinación dental gratuita para los estudiantes en la escuela durante los meses de Enero y Febrero. **(Solamente estudiantes en los grados del 1<sup>ero</sup> – 8<sup>avo</sup> si procede. Para que su hijo(a) pueda ser visto(a) en la clínica de examinación dental, este formato debe ser entregado en la escuela.**

**Favor de firmar y regresar el formato a el/la maestro(a) de su hijo(a) para antes de la fecha siguiente: FRIDAY FEBRUARY 11, 2022**

Los siguientes estudiantes calificarán para recibir los servicios siempre y cuando:

- Entreguen la hoja de permiso firmada.

Fecha de la Clínica de Examinación Dental: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ MAESTRA/O: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información acerca de la salud dental de mi hijo(a) será enviada a la casa con el/ella después de la clínica.

**\*\*Mi hijo(a) tiene permiso de ser examinado(a) por la Clínica de Examinación Dental. SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**\*\*Si está disponible, yo doy mi autorización para que se aplique barniz de fluoruro en los dientes de me hijo. SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**\*\*Si califica, el Club Dental Sunshine o la oficina dental se podrá poner en contacto conmigo para hablar del seguimiento del cuidado dental: SI\_\_\_ NO\_\_\_ Mi número de Tel. \_\_\_\_\_**

Padre/Guardián \_\_\_\_\_  
NOMBRE ESCRITO FIRMA FECHA

¿Recibe su hijo(a) servicios de Medicaid? SI\_\_\_ NO\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) seguro de cobertura de gastos dentales de cualquier tipo? SI\_\_\_ NO\_\_\_