



Bright Light
DENTAL

TO HAVE YOUR CHILD SEEN BY THE ON-SITE DENTIST, PLEASE COMPLETE AND SIGN THIS CONSENT FORM AND RETURN IT TO THE NURSE'S OFFICE.

BE SURE TO INCLUDE YOUR CHILD'S MEDI-CAL OR SOCIAL SECURITY NUMBER BELOW.

Child and Parent Information

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: ____ / ____ / ____ M ____ F ____

Parent or Guardian Name: _____ Name of School / Location: _____

Home Address: _____ City: _____

State: _____ Zip: _____ Phone: _____ Email: _____

Medical / Health Information - Does your child have any of the following conditions? If so, please explain. If not, please circle NO. Please attach additional pages as needed.

Does child have any medical conditions that require pre-medication with antibiotics prior to receiving dental treatment such as: Congenital heart defects, Valve replacements, Shunts, or Joint replacements? **NO / YES**

Dental Problems? **NO / YES** _____

Asthma / Breathing problems? **NO / YES** _____

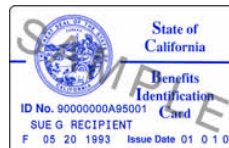
Allergies? **NO / YES** _____

Current Medications? **NO / YES** _____

Other health problems (diabetes, bleeding problems, communicable disease, etc.)? **NO / YES** _____

Please Provide Child's MEDI-CAL # (MEDI-CAL # begins with 9)

9												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Or Social Security Number:

			--			--				
--	--	--	----	--	--	----	--	--	--	--

By signing below, I authorize, and give consent for the dentist and dental team from Bright Light Dental to provide on-site dental treatment at my child's learning/care facility, to my child or minor, for which I am the legal guardian. I acknowledge and give consent for dental treatment to take place as deemed medically necessary by the on-site dental provider, without my presence.

Dental treatment includes: Dental Exam; Oral Hygiene Instruction; Teeth Cleaning; Fluoride Varnish; Silver Diamine Fluoride 38%; Digital X-rays (Child will be exposed to a minimal dose of radiation); Dental Sealants (a thin layer of material is bonded to the tooth to prevent tooth decay); Fill Cavities; Place Crowns; Extract Primary Teeth; Perform Pulpotomies (Treatment of the nerve in a baby tooth); Injection of Local Anesthesia; Placement of Space Maintainers (devices used to maintain space for future tooth eruption).

I understand that the most frequent risks or complications associated with dental treatment include, but are not limited to: numbness, pain, swelling, bleeding, soreness, tooth discoloration, nausea, vomiting, hyperventilation, fainting, allergic reactions and infection. Occasionally a child may chew/irritate their own cheek, lip, or tongue while numb. For more information on the risks, benefits, and alternatives for dental treatment, please call us at: 1 (626) 691-5035, or visit: www.BrightLightDental.com.

I authorize Bright Light Dental to bill my dental insurance and/or Medi-Cal (Medicaid). Bright Light Dental may obtain any needed information from my child's learning/care facility. If I do NOT have Medi-Cal (Medicaid) insurance, I agree to pay my deductible or co-payment, if any is required. I have received the Notice of Privacy Practice attached to this Consent Form. I hereby consent to the release of my child's medical/dental information in total (i.e. communicable diseases, etc.). I authorize the release and disclosure of such information to any responsible payor and/or administrator service provider or subcontractors, for use in my child's treatment, payment for services, or health care operation purposes. I have been given the opportunity to be informed verbally by calling Bright Light Dental at 1 (626) 691-5035, as well as have been informed from the information provided on this form or on the website: www.BrightLightDental.com, of the risks and benefits of the proposed above treatments, as well as the risk and benefits of alternative treatments including the option of having no treatment performed.

I have read this authorization and understand it's terms. This consent applies to the first treatment and all subsequent treatment. This Authorization will be valid for any treatment within one year (12 months) of the date signed. I may terminate this authorization at any time by doing so in writing.

Signature of parent or guardian

Date



Información de niños y padres

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: ____ / ____ / ____ M__F__

Nombre del padre o tutor: _____ Nombre de la escuela: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Información médica / de salud: ¿Su hijo tiene alguno de los siguientes? Si es así, por favor explique. Si no, por favor marque NO o déjelo en blanco. Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

Alguna condición médica que requiera premedicación con antibióticos antes del tratamiento dental, como:

¿Defectos cardíacos congénitos, reemplazos de válvulas, derivaciones o reemplazos de articulaciones? **NO / SÍ** _____

¿Problemas dentales? **NO / SÍ** _____

¿Asma /problemas de respiración? **NO / SÍ** _____

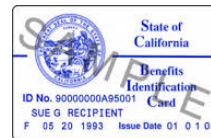
¿Alergias? **NO / SÍ** _____

¿Medicamentos actuales? **NO / SÍ** _____

¿Otros problemas de salud (diabetes, problemas de sangrado, enfermedades transmisibles, etc.)? **NO / SÍ** _____

Proporcione el MEDI-CAL # del niño (MEDIC-CAL # comienza con 9)

9												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



O Número de seguridad social:

			--			--				
--	--	--	----	--	--	----	--	--	--	--

Al firmar el formulario de consentimiento adjunto, autorizo y doy mi consentimiento para que el dentista y el equipo dental de Bright Light Dental brinden atención dental en el lugar. Tratamiento en el centro de aprendizaje / cuidado de mi hijo, para mi hijo o menor de edad, del cual soy el tutor legal. Reconozco y doy mi consentimiento para el tratamiento dental a ocurrir como médicamente necesario por el proveedor dental en el lugar, sin mi presencia. El tratamiento dental incluye: Examen dental; Instrucción de Higiene Oral; Limpieza dental; Tratamiento de fluoruro; Radiografías digitales (el niño estará expuesto a un mínimo dosis de radiación); Sellantes dentales (una capa delgada de material se adhiere al diente para prevenir la caries); Rellenar las cavidades; Coloque coronas; Extraer los dientes primarios; Realizar pulpotomías (tratamiento del nervio en un diente de leche); Inyección de anestesia local; Coloque mantenedores de espacio. Entiendo que los riesgos o complicaciones más frecuentes asociados con el tratamiento dental incluyen, entre otros: entumecimiento, dolor, hinchazón, Hemorragia, dolor, decoloración de los dientes, náuseas, vómitos, hiperventilación, desmayos, reacciones alérgicas e infecciones. Ocasionalmente un niño puede masticar / irritar su o su propia mejilla, labio o lengua mientras está adormecida. Para obtener más información sobre los riesgos, beneficios y alternativas para el tratamiento dental, llámenos al: 1 (626) 691-5035, o visite: www.BrightLightDental.com. Autorizo a Bright Light Dental a facturar a mi seguro dental y / o Medi-Cal (Medicaid). Bright Light Dental puede obtener cualquier información necesaria de mi hijo instalación de aprendizaje / cuidado. Si NO tengo un seguro de Medi-Cal (Medicaid), acepto pagar mi deducible o copago, si es necesario. He recibido el aviso de Prácticas de Privacidad adjuntas a este Formulario de Consentimiento. Por la presente autorizo la divulgación de la información médica / dental de mi hijo en total (es decir, enfermedades transmisibles, etc.). Autorizo la divulgación y divulgación de dicha información a cualquier proveedor de servicios o pagador responsable o administrador o subcontratistas, para uso en mi tratamiento del niño, pago por servicios u operaciones de atención médica. Se me ha dado la oportunidad de informarme verbalmente llamando a Bright Light Dental al 1 (626) 691-5035, además de haber sido informado de la información proporcionada en este formulario o en el sitio web: www.BrightLightDental.com, de la riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos anteriormente, así como los riesgos y beneficios de tratamientos alternativos, incluida la opción de no recibir tratamiento realizado. He leído esta autorización y entiendo sus términos. Este consentimiento se aplica al primer tratamiento y todo tratamiento posterior. Esta Autorización será válida para cualquier tratamiento dentro de un año (12 meses) a partir de la fecha firmada. Puedo terminar esta autorización en cualquier momento al hacerlo en escritura.

Firma del padre o tutor

Fecha