



Dear Parent or Guardian,

Dentists from Family First Health will be coming to your child's school to provide the following services:

- Dental exams
- X-rays
- Dental cleaning
- Fluoride treatment
- Sealants
- Oral hygiene education

Please complete the attached consent form and return to the school nurse giving permission for your child to participate in the 2024-2025 school year oral health program. Our dental staff plans to return to your child's school **2 to 3 times a year** to provide the above listed services. This is all an effort to support your child's oral health.

For more information about these, and other Family First Health services, please contact us at (717) 845-8617. We look forward to seeing you!

---

**Family First Health Dental Center Locations:**

George Street Center, 116 S. George Street, York, PA - 717.845.8617  
Hanover Center, 1230 High Street, Hanover, PA - 717.632.9052  
Gettysburg Center, 1275 York Road, Gettysburg, PA - 717.337.9400  
Columbia Center, 430 Walnut St, Columbia, PA - 717.356.2233



Estimado Padre o Guardián,

Los profesionales de la salud dental de Family First Health estarán visitando la escuela de su niño(a) con el motivo de brindar los siguientes servicios:

- Exámenes
- Radiografías (Rayos X)
- Limpiezas dentales
- Tratamientos de Fluoruro
- Sellantes/Empastes
- Educación sobre la higiene dental

Por favor, complete el formulario adjunto y entrégueselo a la enfermera de la escuela. En esta forma usted estará autorizándonos a su niño(a) a participar en el programa de salud oral en el año escolar 2024-2025. El personal dental volverá de **2 a 3 veces** al año para ofrecer los servicios prestados. Esto es todo un esfuerzo para apoyar la salud oral de tu niño(a).

Para obtener más información sobre este y otros servicios de Family First Health, por favor comuníquese con nosotros al (717) 845-8617. ¡Con gusto le atenderemos en nuestro centro!

---

### **Centros Dentales de Family First Health:**

George Street Center, 116 S. George Street, York, PA - 717.845.8617  
Hanover Center, 1230 High Street, Hanover, PA - 717.632.9052  
Gettysburg Center, 1275 York Road, Gettysburg, PA - 717.337.9400  
Columbia Center, 430 Walnut St, Columbia, PA - 717.356.2233

School Name: \_\_\_\_\_ Homeroom #: \_\_\_\_\_

## Dental Outreach Program Registration Form 2024-2025 School Year

### Please print clearly in ink

Student's Legal Name: \_\_\_\_\_

Student's Date of Birth: \_\_\_\_\_

Student's Age: \_\_\_\_\_

Student's Social Security #: \_\_\_\_\_

Student's Gender at Birth (circle): Male / Female

Student's Ethnicity : Is Student Hispanic or Latino?

☐ YES

☐ NO

Student's Races: Select one or more of the following:

☐ American Indian Or Alaska Native

☐ Asian

☐ Black Or African American

☐ Native Hawaiian Or Other Pacific Islander

☐ White

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

(please circle) Mother / Father / Guardian

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

☐ I consent to receive information about my child's dental care via text

Email Address: \_\_\_\_\_

### Medical Insurance Information

Medical Insurance Name: \_\_\_\_\_

Subscriber/Member ID: \_\_\_\_\_

Group # (if private insurance): \_\_\_\_\_

### Dental Insurance Information

Dental Insurance Name: \_\_\_\_\_

Subscriber/Member ID: \_\_\_\_\_

Group # (if private insurance): \_\_\_\_\_

#### **\*If insurance is through parent:**

Member's Name: \_\_\_\_\_

Members Date of Birth: \_\_\_\_\_

Member's Social Security #: \_\_\_\_\_

Employer's Name: \_\_\_\_\_

### Health History

When was your child's last dental exam: \_\_\_\_\_

Physician Name: \_\_\_\_\_

Please list health history and problems, including allergies (check all that apply):

☐ Heart murmur

☐ Asthma

☐ Hemophilia

☐ Seasonal Allergies

☐ Hepatitis A, B, C

☐ Diabetes

☐ HIV/AIDS

☐ Seizures

☐ ADHD/ADD or behavior

☐ Sinus/nasal problems

☐ Vision, hearing, or speech problems

☐ Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medications (circle): Yes / No

Please List: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IMPORTANT

My child has permission to receive the following dental services during the 2024-2025 school year, offered by Family First Health dental staff: Dental exam, X-rays, dental cleaning, fluoride treatment, sealant, and dental hygiene education. The insurance card information provided for services rendered is my current insurance carrier. I authorize Family First Health to bill my insurance carrier for all services provided.

I have completed the registration form with all necessary information. I understand all services are provided in a caring and confidential manner. I agree to allow staff to share my child's medical history with Family First Health.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_ Salon de clase : \_\_\_\_\_

## Formulario de Inscripción del Programa Dental 2024-2025

### Escriba en letra de molde con tinta

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo al nacer (circule): Masculino / Femenino

Etnicidad del estudiante: ¿El estudiante es hispano o latino?

☐ SI ☐ NO

Raza del Estudiante: Seleccione una o más:

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska  
☐ Asiático  
☐ Negro o Afroamericano  
☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico  
☐ Blanco

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

(Circule) Madre / Padre / Guardián

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

☐ Doy consentimiento a recibir información sobre el cuidado dental de mi hijo a través de mensaje de texto

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Médico

Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Subscriber/ID de Miembro: \_\_\_\_\_

Número de Grupo (Seguro Privado): \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Dental

Nombre del Seguro Dental: \_\_\_\_\_

Subscriber/ID de Miembro: \_\_\_\_\_

Número de Grupo (Seguro Privado): \_\_\_\_\_

### **\*Si el seguro es a través del padre/guardián:**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

### Historial de Salud

Cuando fue el último examen dental del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Por favor indique el historial de salud incluyendo problemas médicos y alergias (marque todos los que apliquen):

- |                                                                      |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soplo (Corazón)                             | <input type="checkbox"/> Asma                        |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia                                   | <input type="checkbox"/> Alergias                    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C                           | <input type="checkbox"/> Diabetes                    |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                                    | <input type="checkbox"/> Convulsiones                |
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD*                                   | <input type="checkbox"/> Sinusitis/problemas nasales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista, audición, o el habla |                                                      |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                                |                                                      |

Medicamentos (circule): Si / No

Por favor, enumere sus medicamentos:

### **IMPORTANTE**

Mi niño(a) permiso de recibir los siguiente servicios dentales durante el año escolar 2024-2025 , ofrecidos por el personal de la salud dental de Family First Health: exámenes dentales, radiografías(rayos X), limpieza dental, tratamiento de fluoruro, sellantes, y educación sobre la higiene dental. La tarjeta de seguro proveida para los servicios prestados representa mi compania de seguro actual. Autorizo a Family First Health a que facture mi compania de seguro por todos los servicios prestados.

He completado el formulario de registración con toda la información necesaria. Entiendo que todos los servicios se proporcionarán de manera confidencial. Estoy de acuerdo en permitir al personal que comparta el historial de salud de mi niño(a) con Family First Health.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_