

**Outreach Clinic Permission Form – please print clearly and complete all areas**

Patient Name \_\_\_\_\_

MA Primewest Blue Plus Medica Headstart Sliding fee scale(apply)

DOB \_\_\_\_\_ Gender; MALE FEMALE

Insured ID # \_\_\_\_\_

Parents/ Guardian \_\_\_\_\_

Private Insurance Co. name \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Private Insurance in name of \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Private Insurance Co address \_\_\_\_\_

**Medical/Dental History:**

Physician/Clinic \_\_\_\_\_ Health Concerns/Conditions \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Patient being treated for anything at this time? Yes No

If yes, What \_\_\_\_\_

Recent Hospitalization: \_\_\_\_\_

Surgeries: \_\_\_\_\_

Last dental visit \_\_\_\_\_ What was done \_\_\_\_\_ Where \_\_\_\_\_

Is this your regular dentist? \_\_\_\_\_ If yes, will you continue going there? \_\_\_\_\_ Any dental concerns \_\_\_\_\_

**Notice of Privacy Practices**

You have privacy rights under the Minnesota Government Data Practice Act and the Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA). These laws protect your privacy, but also let us give information about you to others if a law requires it. A complete notice with all details is available upon request from the following provider of services.

**Permission**

I give permission to Caring Hands Dental Clinic staff to provide the following services for the above named patient. I have reviewed the Notice of Privacy Practices. Circle all that apply:

Oral Examination Xrays(if needed) Cleaning Fluoride Varnish Oral Hygiene Instructions

I also give permission for the patient’s dental/health information to be shared with the following; please X those

with permission. Headstart \_\_\_ Social Service \_\_\_ Public Health \_\_\_ County Family Services \_\_\_  
School Health Service \_\_\_ Collaborative Human Services \_\_\_

Others, please list \_\_\_\_\_

Parent/ Guardian/Self

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

This permission is in effect for 18 months unless cancelled sooner.

**CLINIC USE ONLY**

❖ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Referral: YES NO

Oral Exam Cleaning Fluoride Varnish Oral Hygiene Instructions Xrays

Notes: \_\_\_\_\_

**Formulario de permiso para la clínica dental-por favor escribe legible en letra de molde y completa todas las secciones**

Nombre del hijo \_\_\_\_\_ MA Primewest Blue Plus Medica Headstart Escala variable según sus ingresos (solicitar)  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo; M F # de identificación del seguro \_\_\_\_\_  
Padres/tutores \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de seguros privada \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Seguro privado en nombre de \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de la compañía de seguros privada \_\_\_\_\_

**Historial médico y dental:**

Médico de cabecera/Clínica \_\_\_\_\_ Preocupaciones/problemas de salud \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_  
¿El niño está recibiendo un tratamiento actualmente? Sí No Si es así, describa \_\_\_\_\_  
Hospitalización reciente: \_\_\_\_\_ Cirugías: \_\_\_\_\_  
Última visita al dentista \_\_\_\_\_ ¿Para qué? \_\_\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_  
¿Es este su dentista regular? \_\_\_\_\_ ¿Si es así, va a seguir asistiendo a esta clínica? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna preocupación dental? \_\_\_\_\_

**Aviso de prácticas de privacidad**

Usted tiene derechos de privacidad bajo la Ley de Práctica de Datos del Gobierno de Minnesota y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA). Estas leyes protegen su privacidad, pero también nos permiten dar información sobre usted a otros si una ley lo requiere. Un aviso completo con todos los detalles está disponible a pedido del siguiente proveedor de servicios.

**Permiso**

Doy permiso al personal de la Clínica Dental Caring Hands para proporcionar los siguientes servicios para el paciente mencionado anteriormente. He revisado el Aviso de prácticas de privacidad. Marca con un círculo todos que aplican:

Examen oral Rayos X (si sea necesario) Limpieza dental Barniz de fluoruro Instrucciones de higiene oral

I also give permission for the patient's dental/health information to be shared with the following; please X those

También doy permiso para que la información dental / de salud del paciente se comparta con lo siguiente; por favor marca con un X:

Headstart \_\_\_ Servicios Sociales \_\_\_ Salud Pública \_\_\_ Servicios para la familia del condado \_\_\_  
Servicios de salud de la escuela \_\_\_ Servicios Humanos \_\_\_

Otros, por favor escriba \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este permiso tiene vigencia durante 18 meses a menos que se cancele antes.

**SOLO PARA USO DE LA CLÍNICA/CLINIC USE ONLY**

❖ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Referral: YES NO

Oral Exam Cleaning Fluoride Varnish Oral Hygiene Instructions Xrays

Notes: \_\_\_\_\_