



Give Kids A Smile

Give Kids A Smile is a nationally recognized dental event supported by the ADA Foundation. Every year in February, dentists throughout the U.S. gather in their communities to provide FREE educational, preventive and restorative dental services to children from low-income families!

When: February 25, 2017 (specific times will be assigned one week prior to the event)

Where: Utah College of Dental Hygiene in Orem

Who: Uninsured children ages 5-16 whose parents' annual income is at least 150% below Federal Poverty Guidelines according to household size

Household size	100%	138%	150%
1	\$11,770	\$16,242	\$17,655
2	\$15,930	\$21,983	\$23,895
3	\$20,090	\$27,724	\$30,135
4	\$24,250	\$33,465	\$36,375
5	\$28,410	\$39,205	\$42,615
6	\$32,570	\$44,946	\$48,855
7	\$36,730	\$50,687	\$55,095
8	\$40,890	\$56,428	\$61,335
For each additional person, add	\$3,960	\$5,267	\$5,940

How: Contact your school nurse to receive a Health History Consent form. After filling out and signing the form, return it to the school nurse no later than February 10, 2017

UTAH GKAS : Patient Health History and Consent

Referring Organization

First Name/Nombre	Last Name/Apellido	MI/Inic.	
Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Age/Edad	Gender/Género	
Address/Domicilio		City/Ciudad	Zip/Código Postal
Phone/Número Telefónico	Emergency Contact/Nombre del Contacto de Emergencia	Emergency #/Teléfono de Emergencia	
Name of Legal Guardian/Nombre del Tutor Legal	Relationship to Patient/Relación a Paciente	Phone # of Guardian/Teléfono del Tutor Legal	

Asthma/Asma Congenital Heart Disease/Enfermedades Cardiovasculares Heart Murmur/Sopio Cardíaco Seizures/Epilepsia
 Diabetes/Diabetes Rheumatic Heart Disease/Cardiopatía Reumática Bleeding Problems/Problemas de Sangrado

List any medications your child is taking.

Listar todas las medicinas que su niño.

List all your child's allergies.

Listar todas las alergias que tiene su niño.

List all the medications.

Listar todas las medicinas que su hijo es alérgico.

List any serious illnesses or operations your child has had.

Lista las enfermedades graves o las operaciones que ha tenido su hijo.

Is there anything we should know about your child's health?

¿Hay alguna cosa que debemos saber la salud de su niño?

CONSENT & STATEMENT OF RELEASE/CONSENTIMIENTO Y ESTADO DE LIBERACIÓN

To the best of my knowledge, the *Health History* questions have been answered correctly. I authorize any dentists participating in the Utah Give Kids a Smile (UGKAS) program and/or such associates or assistants as they may designate to perform those procedures as may be deemed necessary or advisable to diagnose, medicate and treat my minor child or other individual for which I have responsibility, including arrangement and/or administration of any sedative (including nitrous oxide), analgesic, therapeutic, and/or pharmaceutical agent(s), including those related to restorative, palliative, therapeutic or surgical treatments. I understand that the administration of local anesthetic is generally safe but may cause an untoward reaction or side effects, which may include, but are not limited to bruising, hematoma, cardiac stimulation, muscle soreness, and temporarily or rarely, permanent numbness. I understand that teeth may remain sensitive or even possibly quite painful both during and after completion of treatment. Dental materials and medications may trigger allergic or sensitive reactions. I understand that dental tools may break and require surgical retrieval. I understand that as part of the dental treatment foreign objects may be aspirated or swallowed, requiring a bronchoscopy or other procedures for removal. I do so voluntarily accept all possible risks, including the risk of substantial and serious harm, if any, which may be associated with general preventive and operative treatment procedures in hopes of obtaining to potential desired results, which may not be achieved, for the benefits of my minor child or any other minor child for whom I am responsible as I voluntarily participate in the UGKAS program. I hereby grant permission to UGKAS and any other associated organization to use art, photographs, and/or composition, full or in part, that bears my and/or my child's name or image in promotional materials. I hereby release all rights, claims and ownership of said material to UGKAS and any associated organization. Furthermore, I hereby waive my and/or my child's rights to any revenues and increases that may result from the use of promotional material, both printed or electronic, that bears my and/or my child's name or image in full or in part.

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de Historia de la Salud han sido contestadas correctamente. Autorizo a cualquier dentistas que participan en el Utah Give Kids a Smile (UGKAS) programa y/o asociados o asistentes que ellos designen para realizar los procedimientos que se consideren necesarios o convenientes para diagnosticar, tratar y medicar a mi hijo menor de edad u otra persona para que me tiendan la responsabilidad, incluida la disposición y/o administración de cualquier sedante (incluyendo el óxido nítrico), analgésicos, terapéuticos y/o de otro fármaco(s), incluidos los relacionados con los tratamientos restaurativos, paliativos, terapéuticos o quirúrgicos. Entiendo que la administración de anestesia local es generalmente muy segura pero puede causar una reacción desfavorable o efectos secundarios, que pueden incluir, pero no se limitan a magulladuras, hematomas, la estimulación cardíaca, dolores musculares, y entumecimiento temporal o permanente, en raras ocasiones. Entiendo que los dientes pueden permanecer sensibles a incluso, posiblemente, muy doloroso, tanto durante como después de la finalización del tratamiento. Los materiales dentales y medicamentos pueden desencadenar reacciones alérgicas o de sensibilidad. Entiendo que las herramientas dentales se pueden romper y requieren recuperación quirúrgica. Entiendo que como parte del tratamiento de los objetos extraños dental puede ser aspirado o ingerido, requiriendo una broncoscopia o otro tratamiento para eliminar. Hago voluntariamente aceptar todas los riesgos posibles, incluido el riesgo de daño sustancial y grave, en su caso, que pueden estar asociados con los procedimientos generales de tratamiento preventivo y operativo con la esperanza de obtener los resultados deseados posibles, que el alcalde no se puede lograr, para el beneficio de mi hijo menor de edad o menor importancia para los que soy responsable ya que participan voluntariamente en el programa UGKAS. Por la presente autorizo a UGKAS y cualquier otra organización asociada a utilizar el arte, fotografías y / o su composición, su totalidad o en parte, que lleva mi y / o el nombre de mi hijo o la imagen en el material promocional. Yo libero todos los derechos, las reivindicaciones y la propiedad de dicho material a UGKAS y cualquier otra organización asociada. Por otra parte, por la presente renuncio a mis y / o derechos de mi hijo a todos los ingresos y los aumentos que pueden resultar de la utilización de material promocional, tanto en formato impreso o electrónico, que lleva de mi o mi hijo el nombre o la imagen en su totalidad o en parte.

Signature of Parent or Legal Guardian /Firma de los Padres o Tutores Legales

Date / Fecha



ADA American Dental Association®

Si tiene cualquier pregunta concerniente a este evento, por favor llame a
Clare Thomas, 801-818-3017.