Floyd County Head Start: Birth to Five Dental Exam

**Date of Exam:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Fax Completed Exam to 812-948-6989***

**Child’s Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Insurance Type, Check all that apply:**

Medicaid/EPSDT Head Start Pay Private Insurance Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Purpose of Visit, Check all that apply:**

Prophylaxis Cleaning Fluoride X-Rays Oral Education Treatment

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Is this child up-to-date on dental care? No Yes  Treatment Needed: No Yes *(Restoration, pulp therapy, extraction)*  If Yes:  Date of Treatment Appointment: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_  Approximate Number of Visits Needed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recall Visit Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | ***Please mark teeth that need treatment***  Comment: (Treatment Plan) |

****

Doctor’s Printed Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doctor’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor’s Phone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Floyd County Head Start: Birth to Five Dental Examinations**

Atención Padres,

• Los niños deben tener un examen dental dentro de los 30 días de la inscripción en el programa o una cita para el examen dental que se pueda verificar. Debe informar todas las citas a la Oficina de Salud.

• Ofrecemos asistencia financiera si su hijo no tiene Medicaid/HHW o seguro dental. Comuníquese con la oficina de Salud para obtener una referencia y una carta de asistencia.

• Si su hijo ha tenido un examen dental en los últimos 6 meses NO hay necesidad de repetir el examen. Puede llevar el formulario de examen dental al dentista para completarlo y devolverlo.

• Si su hijo no tiene un dentista, a continuación se enumeran los dentistas que trabajan en estrecha colaboración con Head Start.

New Albany Pediatric Dentistry 4317 Charlestown Rd, Suite 105, New Albany (812)258-9626

Clarksville Dental Care 529 E. Lewis and Clark Pkwy, Clarksville (812)725-9200

\*Jeffersonville Pediatric Dentistry 2929 Charlestown Pike, Jeffersonville (812)941-0588

\*Kid’s Dentistree 2325 Green Valley Rd., New Albany (812)944-9300

Kid’s Dentistree- Blackiston 3120 Blackiston Mill Rd., New Albany (812)941-0008

Family Health Center 1319 Duncan Ave., Jeffersonville (812)283-5980

\* Hablan español

Si tiene alguna pregunta o inquietud, puede llamar a la Oficina de Salud al (812) 948-6981.

El número de fax de la Oficina de Salud es 812-948-6989.

***Complete este cuardo para su registro.***

Dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono de Dentisita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cita de examen dental:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_