



ROSEMAN UNIVERSITY
OF HEALTH SCIENCES
COLLEGE OF DENTAL MEDICINE

Special Event Participant Consent and Release of Information Form

Participant's Name: *(Please Print)*

Last	First	Middle			Date of Birth / /
Address: Street		City	State	ZIP CODE	Phone #:

Legal Guardian: *(If other than self)*

Last	First	Middle	Relation to Minor	Date of Birth / /	
Address: Street		City	State	ZIP CODE	Phone #:

Participants Medical History

Medical Conditions: _____

Medications: _____

Allergies: _____

Dental Pain or Concerns: _____

Last Dental Visit: ___ Under 6 Months ___ Under 1 Year ___ Over 1 Year

Dental Insurance Coverage: ___ Medicaid ___ CHIP ___ Other ___ None

Consent to (Treat and Educate)

I _____ give my consent to Roseman University of Health Sciences, College of Dental Medicine "Provider" and its employees, volunteers, agents and independent contractors to provide "the above named participant" with the following: *dental screening, dental cleaning, fluoride placement, dental sealants, oral health related hygiene instructions, and educational instruction in pursuing dental careers.*

I understand that the Provider is a teaching institution; therefore, dental residents and dental students may participate in this care under the supervision of a licensed dentist.

Patient Name:

Date of Birth:

Patient or Guardian Signature (If A Minor):

Today's Date:

Guardian Name (If A Minor):



Forma de Autorización y Consentimiento

Nombre del Participante:

Apellido	Nombre			Fecha de Nacimiento / /
Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono

Guardián Legal:

Apellido	Nombre	Relación al Menor			Fecha de Nacimiento / /
Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Numero #:	

Historia medica del Participante

Condiciones Medicas: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Dolor dental o preocupaciones: _____

Última visita dental: _____

Seguro médico dental: Medicaid CHIP Other None

Consentimiento para (tratamiento y educación)

Yo _____ doy consentimiento a Roseman University of Health Sciences, College of Dental Medicine "Proveedor" y sus empleados, voluntarios, agentes y contratistas independientes a proveer al paciente de arriba con estos servicios: examen dental, limpieza dental, colocación de fluoruro, instrucciones relacionadas con la higiene oral e instrucciones relacionadas a carreras dentales.

Entiendo que el proveedor es una institución de enseñanza; residentes dentales y estudiantes dentales pueden participar en cualquier tratamiento debajo de la supervisión de un dentista licenciado.

Nombre de paciente :

Fecha de Nacimiento:

Firma de Padre o Guardián Legal (si paciente es menor de edad):

Fecha de hoy:

Nombre de Padre o Guardián Legal (si paciente es menor de edad):



ROSEMAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES COLLEGE OF DENTAL MEDICINE

Privacy Notice Changes

Our Legal Duty: We are required by law to protect the privacy of your information, to provide this Notice about our privacy practices, and to follow the privacy practices that are described in this Notice.

We reserve the right to change the privacy practices described in this Notice. We reserve the right to make the revised or changed Notice effective for protected health information we already have as well as any information we may receive in the future. We will post a copy of the current Notice at Roseman CODM. In addition, each time you register at or are admitted to Roseman CODM clinic for treatment, you may request a copy of the current Notice in effect.

Patient Name:

Date:

Signature:

Date of Birth:

If the patient is a Minor:

Patient Representative Signature:

Date:

Description of Legal Guardianship:

Print Name:

Phone Number

Cambios De Confidencialidad

Nuestro deber legal: Nosotros estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información, para proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, y seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado para la información de salud protegida que ya tenemos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia de la Notificación actual en Roseman CODM. Además, cada vez que se registre o sea internado en la clínica CODM Roseman para el tratamiento, usted puede solicitar una copia de la Notificación actual vigente.

Imprimir Nombre del paciente

Fecha de hoy:

Firma del Paciente:

Fecha de nacimiento:

Si el paciente es un menor de edad:

Firma del representante del paciente:

Fecha:

Descripción de la tutela jurídica:

Nombre de la impresión:

N ° de teléfono

Patient Information

Patient Name:

Date of Birth

Address

Phone

I hereby give Roseman University of health Sciences College of Dental Medicine (Roseman CODM) consent to take (or use existing) photographs, audio and/or video recordings, x-rays, film/movies, or other images or recordings of me and/or the above-named patient, for and on behalf of whom I have full legal authority to sign, for the following purposes:

	Yes	No
• Education, Teaching and Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Student Portfolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Student/Faculty Research and Presentations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faculty Presentations (Internal & External	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I understand I may withdraw my consent at any time by submitting a written request to:

Front Desk, Patient Registration Manager
College of Dental Medicine
Roseman University of Health Sciences
10894 South River Front Parkway
South Jordan UT 84094

I understand any revocation is not effective to the extent action has already been taken in reliance on this consent or the images or recordings are redacted to the point that they cannot be reasonably identified. This consent is not intended to affect a patient's ability to receive care. If I do not consent to use of images or recordings for one of the purposes identified above, I have checked the corresponding box.

I further understand that Roseman CODM may attempt to redact or cover identifying information, but that it may not be possible to complete cover all identifying characteristics and still use the material for the authorized purpose. I release and discharge Roseman CODM and any party directly or indirectly associated with it from any claim, liability, or damages of any kind arising from or relating to the above authorized use of any photographs, audio and/or video recordings, x-rays, film/movies, or other images or recordings

I have read the above, understand it and have no further questions at this time.

Patient or Legal Guardian Signature

Date Consent Signed

Authorized Signature Name

Relationship to Patient

Información del Paciente

Nombre de paciente:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Yo doy permiso que Roseman University of Health Sciences College of Dental Medicine (Roseman CODM) tome (o use) fotos, y/o grabaciones de video, radiografías y fotos de mí o del paciente de arriba de a quien yo tengo custodia legal, para los próximos propósitos:

	Sí	No
• Educación, enseñanza, y entrenamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Portfolios de estudiantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Investigaciones de estudiantes/facultad y presentaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Presentaciones de facultad (interna o externa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento a cualquier tiempo si escribo a:

Front Desk, Patient Registration Manager
College of Dental Medicine
Roseman University of Health Sciences
10894 South River Front Parkway
South Jordan UT 84094

Este consentimiento no está diseñado a afectar la habilidad de que un paciente reciba tratamiento. Si no concedo que tomen imagines o grabaciones lo he hecho saber arriba, señalándolo las cajas que dicen “no.”

Yo entiendo que Roseman CODM va a tratar de redactar o cubrir información que me identifique pero que puede que no sea posible cubrir todos los característicos que me identifiquen. Yo descargo a Roseman CODM o cualquier organización que este directa o indirectamente asociada con ella de cualquier reclamación, responsabilidad, o daños y perjuicios asociados con la autorización de fotos, grabaciones, radiografías o películas de arriba.

Yo he leído la información arriba, la entiendo y no tengo preguntas en este momento.

Firma del paciente o del guardián legal

Fecha en cuando el consentimiento fue firmado

Nombre

Relación al Paciente

FOR CLINIC USE ONLY-SCREENING FORM

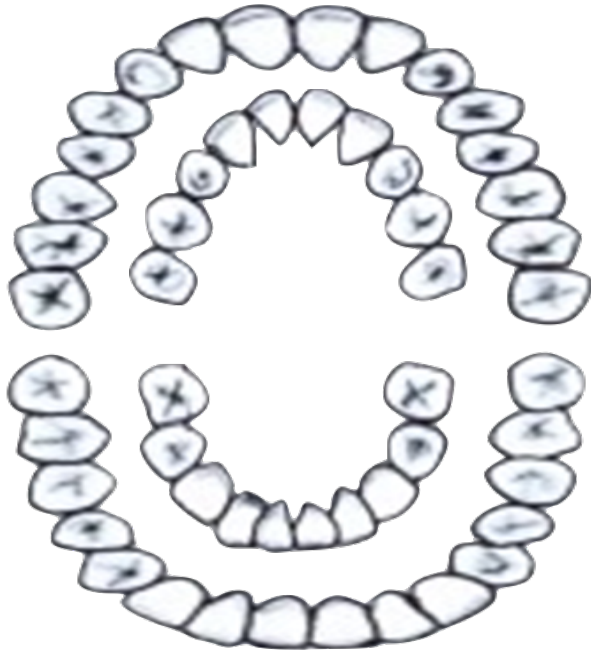
Name: _____ Age: _____ Date: _____

STEP 1) PERSONAL HISTORY

1. Medical History Reviewed? ___ Yes ___ No
2. Consents Signed ___ Yes (Move onto Exam) ___ No

STEP 2) DENTAL EXAMINATION (FOR DENTIST USE)

Please mark any possible decay with "C" (possible caries), "E" for Existing, and any other possible pathology with "R" (referral).



Observations

Oral Hygiene: ___ Poor ___ Adequate ___ Good
 Teeth Crowding/Malocclusion: ___ Yes ___ No

Results:

Total Number of Carious Teeth (Ex: 3): _____

Total Decayed, Missing, or filled Teeth: _____

Tx Needs: ___ Urgent ___ Moderate ___ None

Patient needs referral: ___ Yes ___ No

To whom: _____

Notes if needed:

STEP 3) CHECKLIST

- 1) Exam Completed? ___ Yes ___ No
- 2) Prophy Completed? ___ Yes ___ No
- 3) Topical Fluoride Placed? ___ Yes ___ No
- 4) Patient Received Voucher? ___ Yes ___ No
- 5) Paperwork collected and handed in to voucher table ___ Yes

If patient would like to be called to Schedule an appointment to use the voucher, then please provide name and number. Name _____ Phone Number _____

If patient would prefer to schedule today, then refer them to the schedulers.

Student Name (written) _____ Faculty Signature _____