

Lancaster Elementary School

191 School Street Kilmarnock, Virginia 22482
804.462.5100
804.435.1682 (fax)



Janet Delfico
Assistant Principal

Keegan Walters
Principal

Tiffany Walston
Assistant Principal

January 5, 2026

Dear Parents/Guardians:

The Smiles Program-Mobile Dentists will be visiting LES February 2-5, 2026. This is an easy and convenient way for your child to get dental care and most insurance covers 100% of the treatment. They also accept Medicaid. They will perform exams, cleanings, x-rays and fillings. If you don't have dental insurance, please complete the form where appropriate. Your child may not be seen if it has been less than 6 months from their last dental visit. There are grants available and are only valid for one dental treatment per calendar year.

We are providing this service because taking care of your child's teeth is important to their overall health!

Please return the form by Monday, January 12th. Please feel free to call us with any questions.

Thank you,

Laurel Dillistin RN, BSN
Kelly Kellum, RN
School Nurses
Lancaster Elementary School
804-462-5100 ext. 2008
ldillistin@lcs.k12.va.us
kkellum@lcs.k12.va.us



THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL!

Get in-school dental care at NO COST* to you.

* For patients covered by Medicaid or Virginia FAMIS

Sign Up Online!
www.MySchoolDentist.com

Scan the code
with your
phone.



Taking care of your child's teeth is important to keep them healthy.

EASY & CONVENIENT - A state licensed dentist will regularly check your child's mouth & teeth, as well as provide a cleaning, x-rays as necessary, fluoride treatment and apply sealants, as needed. Additional care, such as fillings, may also be provided. A dental report card will be sent home with your child. Permission includes initial dental care & follow-up visits. **SIGN AND RETURN TO YOUR SCHOOL TODAY!**



PLEASE COMPLETE

Child's Legal Name		Birth Date	☐ Male ☐ Female
Address	City	State	Zip
School	Teacher		Grade
Parent/Guardian Name		Phone ()	
Email		Alt Phone ()	

IMPORTANT HEALTH QUESTION

DOES YOUR CHILD HAVE ANY PAST OR PRESENT MEDICAL CONDITIONS, DISABILITIES, BEHAVIOR OR OTHER PROBLEMS? PLEASE CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD AND EXPLAIN IN THE SPACE PROVIDED. ATTACH ADDITIONAL INFORMATION TO THIS FORM AS NEEDED. IF NO CONDITIONS APPLY, LEAVE BLANK.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| ☐ Active contagious diseases (including COVID-19) | ☐ Allergies-foods/seasonal | ☐ Bleeding disorders | ☐ Diabetes | ☐ Kidney disease |
| ☐ Asthma | ☐ Allergies-medications | ☐ Breathing problems | ☐ Heart problems | ☐ Liver disease |
| ☐ Other | ☐ Behavior problems | ☐ Dental problems | ☐ Immune disorders | ☐ Seizures |
- Explain _____

List current medications and/or dental concerns: _____

IF CHILD HAS MEDICAID/CARDINAL CARE'S SMILES

Enter Child's 12-digit Member
Recipient ID Number HERE: →

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OR Child's Social Security # (if available)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRIVATE DENTAL INSURANCE

Ins. Company Name (not Medicaid)

Ins. Phone ()

Group #

Employer Name

Co. Phone ()

Insured Adult Name

Insured Adult Birthdate / /

Member ID/Policy #

Insured Adult SS #

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE (CHECK ONE BELOW)

If paying for services, staple check or money order to this form & make payable to: **Smile Virginia.**
To pay by credit card, call 855-481-8639.

- ☐ I will pay the reduced fee for a dental cleaning, screening & fluoride per visit. Ages 12 or younger: **\$74.00** Ages 13 or older: **\$93.00**
- ☐ I request donated care to cover the cost of a dental cleaning, screening and fluoride for my child.
(We will send you a donated care application. Available only once per school year for preventive care only.)

If your child sees a dentist regularly, and you want to continue care with that dentist please do so.

READ & SIGN BELOW

I understand and authorize Big Smiles Virginia PC (Provider), its affiliated dentists or dental hygienists, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian, including an exam, cleaning, fluoride, sealants, x-rays and the application of Silver Diamine Fluoride as needed. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color. SEE BACK FOR DETAILS.) I also authorize any other dental work such as fillings, extractions of problem baby teeth, performing a pulpotomy (baby tooth nerve treatment), numbing the mouth and teeth and other procedures as needed. I have read the IMPORTANT HEALTH QUESTION above and will report any significant changes in my child's health to 855-481-8639. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS PAGE and understand and agree to its terms.

For your privacy,
please fold & secure.

SIGN & DATE HERE

This consent authorizes the initial and future dental visits.

DATE

QUESTIONS: 855-481-8639 FAX: 888-330-4331 Visit us at: mobiledentists.com

Steven Pesis, DDS, Big Smiles Virginia PC
10432 Balls Ford Road, Suite 300, Manassas, VA 20109
© Big Smiles Virginia PC, 2025

ESPAÑOL AL REVERSO



4020

VA-COMPR-025V1 06/25





¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA!

Obtenga atención dental en la escuela SIN COSTO* para usted.

* Para pacientes con cobertura Medicaid o Virginia FAMIS

¡Regístrese en línea!
www.MySchoolDentist.com

Escanee el código con su teléfono.



Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.

FÁCIL Y CONVENIENTE - Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, así como proporcionar una limpieza, rayos-x necesarios, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. Tratamiento adicional como rellenos, podrían ser proporcionados. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Permiso incluye tratamiento dental inicial y visitas de seguimiento. **¡FIRME Y DEVUELVALO A LA ESCUELA HOY!**

LLENE POR FAVOR

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro		Grado
Padre/Tutor Legal		Teléfono ()	
Correo electrónico		Teléfono Alt. ()	

PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE APLICAN A SU HIJO Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. SI NO APLICAN CONDICIONES, DEJAR EN BLANCO.

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| ☐ Enfermedades contagiosas activas (incluyendo COVID-19) | ☐ Alergias-alimentos/estacionales | ☐ Problemas de sangrado | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad del riñón |
| ☐ Asma | ☐ Alergias-medicamentos | ☐ Problemas respiratorios | ☐ Problemas del corazón | ☐ Enfermedad del hígado |
| ☐ Otro | ☐ Problemas de comportamiento | ☐ Problemas dentales | ☐ Trastornos inmunológico | ☐ Convulsiones |
- Explique _____

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: _____

NIÑO TIENE MEDICAID/CARDINAL CARES SMILES

Llene los 12-dígitos de Medicaid del Niño AQUÍ:



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

o Número de seguro social del niño (si está disponible)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de Aseguradora (no Medicaid)

Tel. del Seguro () -

del Grupo

Empleador

Tel. del Empleador () -

Nombre Adulto Asegurado

Fecha Nacim. Adulto Asegurado / /

ID Miembro/# Póliza

Seg. Soc. Adulto Asegurado - -

SI EL NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL (POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN ABAJO)

En caso de pagar por los servicios, engrape el cheque o giro postal en esta forma, y haga el pago a: Smile Virginia. Para pagar con tarjeta de crédito, llame al 855-481-8639.

- ☐ Voy a pagar la tarifa reducida para una limpieza dental, examen y fluoruro por visita. Edad 12 o menor: \$74.00 Edad 13 o mayor: \$93.00
- ☐ Solicito cuidado donado para cubrir el costo de una limpieza dental, evaluación y fluoruro para mi hijo. (Le enviaremos una solicitud de cuidado donado. Disponible solo una vez por año escolar y solo es para atención preventiva.)

Si su hijo ve a un dentista regularmente y desea continuar con la atención de ese dentista, por favor hágalo.

LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a Big Smiles Virginia PC (Proveedor), y a sus dentistas afiliados o higienistas dentales, a proveer servicios dentales en la escuela a niño mencionado anteriormente de quien soy el padre con custodia o tutor legal, incluyendo un examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, rayos-x, y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro. VEA ATRÁS PARA MÁS DETALLES.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, extracciones de dientes de leche, realizar una endodoncia (tratamiento de nervio del diente de leche), adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos según sean necesarios. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo de la salud de mi hijo a 855-481-8639. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad doble y asegure.

PREGUNTAS: 855-481-8639 FAX: 888-330-4331 Visitenos en: mobiledentists.com

Steven Pesis, DDS, Big Smiles Virginia PC
10432 Balls Ford Road, Suite 300, Manassas, VA 20109
© Big Smiles Virginia PC, 2025



4020

VA-COMPR-025V1 06/25

