



Próximamente en su escuela!

El programa Give Kids a Smile de la Clínica Dental Móvil de Bethany for Children & Families

Proporcionamos educación sobre salud bucal, examen dental, limpieza de dientes, tratamiento con flúor, y si es necesario selladores .



Los participantes también recibirán un cepillo de dientes/hilo dental.

*****Por favor llene el permiso anexo claramente incluyendo información del Seguro dental y regrese únicamente la segunda pagina a el profesor (a) o enfermera. *****

Si tiene alguna pregunta, por favor contáctese con la enfermera de su escuela o con la Gerente del Programa Give Kids A Smile, Melody Mosenfelder: Teléfono: (309) 581-6211 o Email: mmosenfelder@bethany-qc.org

———DESPRENDA Y QUEDESE CON ESTE RECORDATORIO ——

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUUESTRO DEBER LEGAL

Los dentistas que participan en el programa Give Kids a Smile pueden estar obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. La protección de la privacidad del paciente es importante para los participantes en el programa Give Kids a Smile. Este aviso resume las prácticas de privacidad que seguirán los participantes en el programa Give Kids a Smile, y sus derechos con respecto a su información de salud. Este aviso se aplicará a la información de salud recopilada en relación con el programa Give Kids a Smile y permanecerá vigente hasta ser reemplazado.

Puede solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad o copias adicionales de este aviso, comuníquese con Bethany for Children & Families al (309) 797-7700.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

Utilizamos y divulgamos información de salud sobre usted para tratamiento. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud a otro dentista, médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Su Autorización: A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estuvo vigente.

A Sus Familiares y Amigos: Debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un miembro de la familia, amigo u otra persona involucrada en su tratamiento en la medida necesaria para ayudar con su atención médica.

Personas Involucradas en la Atención: También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables que le convengan al permitir que una persona recoja recetas completas, suministros médicos, radiografías u otra información de salud similar.

Servicios relativos con la promoción de servicios médicos: No usaremos su información de salud para comunicaciones con propósito de promoción de servicios médicos sin su autorización por escrito.

Requerido por Ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

Abuso o Negligencia: Podemos divulgar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza seria para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas en ciertas circunstancias. Podemos divulgar a los funcionarios federales autorizados información de salud requerida para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones correccionales o funcionarios de aplicación de la ley que tengan custodia legal de información de salud protegida de reclusos o pacientes en ciertas circunstancias.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a ver o obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Comuníquese con nosotros al (309) 797-7700 para obtener ayuda para comunicarse con el dentista o la instalación que tiene su información de salud.

Registro de divulgaciones: Puede tener derecho a recibir una lista de casos en los que se divulgó su información de salud para fines que no sean tratamiento u otras actividades específicas durante los últimos seis años, pero no antes del 14 de abril de 2003.

Restricción: Puede solicitar que coloquemos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Puede solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Podemos aceptar solicitudes razonables.

Enmienda: Puede solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe enmendar la información. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros al (309) 797-7700. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre su información de salud, o para que nos comuniquemos con usted por medios o en ubicaciones alternativas, puede comunicarse con nosotros al (309) 797-7700. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si lo solicita. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

POR FAVOR ESCRIBA CON PLUMA & REGRESELO

 M F

Nombre del niño (a) Apellido del niño (a) Fecha de Nacimiento Genero

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Nombre del padre/madre/tutor Apellido Teléfono Correo Electrónico

Contacto en caso de emergencia Parentesco con el niño (a) Teléfono del Contacto
(Que no sea padre/tutor)

Escuela a la que asiste el niño (a) Profesor (a) del niño (a) Grado escolar

Proveedor de seguro medico principal # DE MIEMBRO

Seguro secundario (si lo hay): _____

Cuál es, según usted, la identidad racial de su hijo (a)?

Afroamericano

Blanco

Hispano / Latino

Asiático / Isleño del Pacifico

Indio Americano/Nativo de Alaska

Multiracial

Otro _____

Qué tipo de SEGURO DENTAL tiene su hijo? (marque lo aplicable)

Seguro dental privado

Delta Dental /Hawk-i

Medicaid (Tarjeta Medical , Titulo19)

Envolve/Meridian

Dentaquest/Molina/BCBS/Aetna

Otro _____

Ninguno

La fecha de la ultima visita al dentista de mi hijo (a) fue:

0-6 meses

1-3 años

Nunca ha visto a un dentista

No lo se

Alguna vez su hijo ha recibido los servicios del programa Give Kids a Smile de la Clínica Dental Móvil?

Si

No

For Office Use Only: Found info in: HFS Dentaquest Envolve MCNA Delta Hawk-I other: _____

Verified Insurance Provider/Company (ie. Aetna): _____

Last Exam Date: ____/____/____ Sealants: Y or N List Date of Sealants & teeth next page



Llene lo siguiente SI autoriza

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Necesita tomar un antibiótico antes de someterse a tratamiento dental. | |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Alergia a frutos secos (nueces) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias a latex |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Tabaco/ consumo de drogas |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica | <input type="checkbox"/> Dificultades del habla |
| <input type="checkbox"/> Bebe agua embotellada | <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos |
| <input type="checkbox"/> Bebe agua de la ciudad | <input type="checkbox"/> Dificultades auditivas |
| <input type="checkbox"/> Bebe agua de pozo | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Lesión craneal | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos — Por favor enlístelos | <input type="checkbox"/> Inquietudes con la boca o dientes : |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Para uso de la oficina

Selladores colocados & Fecha:

| | |
|-----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 2 | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> 3 | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> 14 | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> 15 | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> 18 | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> 19 | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> 30 | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> 31 | ___/___/___ |

Historial medico revisado por:

Iniciales del higienista: _____

Iniciales del Dentista: _____

Fecha: _____

POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE:

Doy permiso para que mi hijo (a) reciba tratamiento dental y permito que la enfermera de la escuela, el representate escolar y el proveedor dental accedan al expediente dental del niño (a).

Doy permiso a Bethany for Children & Families para llamarme, enviarme mensajes de texto y/o correos electrónicos con información sobre los servicios de salud de mi hijo.

Entiendo que en circunstancias excepcionales, en caso de que Bethany for Children & Families necesite transportar a mi hijo desde su escuela hasta la clínica dental móvil, se me contactara para obtener mi consentimiento verbal. (En ocasiones dividimos el día con una escuela cercana y puede ser necesario transportar a su hijo (a) con un representante autorizado de Bethany a la ubicación de la clínica dental móvil).

Doy permiso a Bethany for Children & Families para liberar, obtener o intercambiar información manualmente /o a través de una Plataforma electrónica con el Programa I-Smile y/o cualquier otro proveedor dental.

Doy permiso para que se verifiquen los selladores de mi hijo y se vuelvan a sellar si es necesario. (Estas verificaciones se llaman Auditorias de Aseguramiento de Calidad del IDPH). Son realizadas por profesionales que pueden necesitar regresar a la escuela de mi hijo (a) para volver a revisar y volver a sellar si es necesario, en los días en que la clínica dental móvil este presente.

Mi firma otorga permiso para los consentimientos anteriores y autoriza al proveedor dental a tratar y facturar por los servicios realizados en la clínica dental móvil. He recibido una copia de las practicas de privacidad.

Firma para "SI": _____ Fecha: _____

Firma para "NO": _____ Fecha: _____

El permiso y el reconocimiento son validos por un año a partir de la fecha de la firma.