

**DEBE COMPLETAR UN NUEVO FORMULARIO CADA AÑO ESCOLAR SI DESEA QUE SU HIJO PARTICIPE**

**El cuidado de los dientes de su hijo es importante para mantenerlos saludables.**

**SERVICIOS DENTALES PARA TODOS SIN COSTO\***

\*para Medicaid y Grant Approvals

Este programa es **FÁCIL** y **CÓMODO**: un equipo dental autorizado viene directamente a la escuela para brindar limpiezas dentales regulares y seguimientos necesarios. No hay más necesidad de faltar al trabajo y su hijo pierde muy poco tiempo de clase. **¡SE OTORGARÁN ARTÍCULOS DENTALES GRATIS A TODOS EN EL PROGRAMA!** School Smiles puede convertirse en el hogar dental de su hijo.

**INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO**

Nombre legal del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ (marque) M F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PAGO: (seleccione) MEDICAID  SEGURO PRIVADO  SIN SEGURO**

1. Información de Medicaid: 10 o 12 dígitos del carné

Plan médico administrado: \_\_\_\_\_

2. Seguro privado: nombre de la compañía aseguradora **DENTAL**: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono corp.: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona cuyo seguro cubre al niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del adulto asegurado: \_\_/\_\_/\_\_

**DECLARACIÓN FINANCIERA: tenga en cuenta que cualquier tratamiento prestado puede afectar los beneficios futuros que su hijo recibirá a través del seguro privado, programa de seguro de salud, Medicaid, y Hoosier Healthwise.**

**3. Opciones dentales para personas sin seguro:**

**Opción de auto pago:** si desea que su hijo reciba atención de inmediato, tiene la opción de pagar la tarifa reducida de \$99, la cual cubre limpieza, rayos x, fluoruro y evaluaciones. Esta debe pagarse antes de que atiendan al niño mediante giro postal o llamando al 1.855.497.6453.

**Opción de subsidio solicitado:** si desea ser incluido en nuestra lista de espera para la aprobación de un subsidio, marque esta casilla, se le notificará cuando su hijo sea aprobado. Esta es una opción aprobada por orden de llegada.

**PREGUNTAS IMPORTANTES DE SALUD:**

1. ¿Su hijo tiene alguna condición médica actual tal como: problemas cardíacos, trastorno convulsivo, alergias, etc.? Si es así, especifique. De lo contrario, deje el espacio en blanco: \_\_\_\_\_

**FIRMAS REQUERIDAS**

Yo, el padre/tutor \_\_\_\_\_, entiendo y doy permiso a los dentistas de School Smiles para que le brinden los siguientes servicios a mi hijo en la escuela, los cuales incluyen: evaluaciones, rayos x, limpieza, fluoruro, fluoruro de diamino de plata y selladores necesarios por 6 meses de chequeos. También doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento dental necesario en forma de empaste restaurativo y anestesia local para adormecer el área y cualquier cambio. Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones encontradas que no fueron descubiertas durante la evaluación inicial, por ejemplo: empastes más grandes, corona de acero inoxidable, pulpotomía (endodoncia en diente de leche) y extracción (sacar el diente).

Se incluye una copia del aviso de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de School Smiles en la parte trasera de este formulario. Al firmar, también entiendo que se entregará una copia de esto en la cita de mi hijo y se puede solicitar una copia adicional al llamar al 1.855.497.6453.

**Al firmar abajo, doy mi consentimiento para realizar limpiezas dentales de rutina, al igual que cualquier tratamiento dental necesario durante un año escolar:**

➔ **Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_

\*\* Tenga en cuenta que: si su hijo necesita tratamiento más allá de los empastes, tales como coronas de acero inoxidable, pulpotomías o extracciones, se OBTENDRÁ un consentimiento adicional. Si su hijo necesita tratamiento fuera de lo que School Smiles puede brindarle, se le proporcionará una remisión.

## Aviso de políticas de privacidad

Responsabilidades legales de **School Smiles**: Conforme a lo dispuesto por los requisitos legales federales y estatales, la información médica de su hijo debe ser protegida. Tenemos la obligación de asegurarnos de que usted está al tanto de las políticas de privacidad, los derechos legales y sus derechos a nuestra información de salud protegida. Este aviso de políticas de privacidad, descrito a continuación, estará en vigor durante la duración del tratamiento y debe ser seguido por nuestra oficina.

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras políticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, y haremos tales modificaciones dentro de las directrices de la ley. Nos reservamos el derecho a realizar las modificaciones efectivas para toda la información protegida de salud que mantenemos, incluyendo la información de salud protegida creada o recibida por nosotros antes de haber realizado los cambios. El cambio de este aviso precederá a todas las modificaciones significativas. Este aviso estará disponible al ser solicitado.

Copias de este aviso están disponibles a solicitud del cliente. Para su comodidad, la información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros se encuentra en la parte inferior del aviso.

## Uso y divulgación de la información de salud protegida

La información relativa a la salud de su hijo puede ser usada y divulgada con el propósito de tratamiento, pago y otras operaciones de cuidado de la salud. Los ejemplos citados a continuación explican aún más el proceso de uso y divulgación.

**TRATAMIENTO:** El uso y divulgación de la información de la salud protegida de su hijo puede ser proporcionada a un médico u otro profesional de la salud que le proporcione tratamiento a su hijo.

**PAGO:** La información de salud protegida de su hijo puede ser usada y divulgada para obtener el pago por servicios que proporcionamos a su hijo.

**EMERGENCIAS:** Podemos divulgar información de salud de su hijo para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, u otra persona responsable de su cuidado, sobre la condición médica de su hijo en caso de una emergencia o muerte de su hijo.

**EXIGIDO POR LA LEY:** La información de salud protegida de su hijo puede ser usada o divulgada si es requerido por ley. Por ejemplo, por razones de salud pública en relación con una enfermedad, incapacidad para reportar casos de abuso y descuido de niños, reportar violencia doméstica, informar sobre problemas de la Administración de Drogas y Alimentos y reacciones a medicamentos y reportar enfermedades o exposición a infecciones.

**SEGURIDAD PÚBLICA/FUERZAS POLICIALES:** La información de salud de su hijo puede ser divulgada a la policía con el objetivo de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo o persona desaparecida; o en caso de una amenaza grave inminente a la salud y seguridad de una persona o público en general.

**RECORDATORIOS DE CITAS:** La información de cuidados de salud protegida de su hijo puede ser utilizada para ayudarle con recordatorios de citas en forma de mensajes de correo de voz, tarjetas y cartas.

## Derechos del paciente

**ACCESO:** Usted tiene el derecho en cualquier momento a revisar la información de salud protegida de su hijo, con excepciones limitadas. En su solicitud por escrito, le proporcionaremos la información de su hijo. Usted tiene el derecho a tener información sobre la salud de su hijo, a recibirla o que se le comunique a través de métodos alternativos, o que se le envíe a una ubicación alternativa que no sea el método usual de comunicación o entrega a petición. Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información de salud protegida de su hijo hecha por esta oficina.

**RESTRICCIONES:** Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud de su hijo. No obstante, tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptar la restricción solicitada. Si estamos de acuerdo en seguir su solicitud relativa a restricciones adicionales, vamos a seguir las restricciones acordadas, a menos que una situación de emergencia indique otra cosa.

**ENMIENDA:** Usted puede iniciar una solicitud por escrito para modificar la información de salud protegida de su hijo. En esta modificación debe incluirse una explicación de por qué la información debe ser enmendada. Pueden existir ciertas condiciones en las que se rechaza su solicitud.

**PREGUNTAS/QUEJAS:** Para preguntas o quejas acerca de sus derechos de privacidad o cómo la información de salud de su hijo ha sido manejada, póngase en contacto con:

**School Smiles**

**Luis Garabis, DDS**

1499 Windhorst Way, Suite 100

Greenwood, IN 46143

Teléfono: 1.855.49SMILE

Fax: 317.886.6636

Contáctenos en: [contactus@schoolsmiles.com](mailto:contactus@schoolsmiles.com)

Si no está satisfecho con la forma en que se maneja su queja, puede presentar una queja formal al

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.