



SI DESEA QUE SU HIJO PARTICIPE, DEBE LLENAR UN NUEVO FORMULARIO PARA CADA AÑO ESCOLAR

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS GRATUITOS DISPONIBLES PARA TODOS*

*aplica para Medicaid y los subsidios aprobados

¡SUMINISTROS ODONTOLÓGICOS GRATUITOS PARA TODOS LOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA!

PASO 1	INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO	
	Nombre legal del niño: _____ FDN.: ____/____/____ (Marque con un círculo el sexo) M F	
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
	Escuela: _____ Condado: _____ Grado: _____	
	Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: (____) _____	
	N. ° de Seguro Social del niño: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N. ° de salón de clases: _____	

PASO 2	INFORMACIÓN DE PAGO: (marque con un visto) MEDICAID <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO <input type="checkbox"/> SIN SEGURO <input type="checkbox"/>		
	1. Información de Medicaid: N. ° de identificación de 10 o 12 dígitos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Plan de Cuidado Médico Administrado: _____		
	2. Seguro privado:		
	Nombre de la compañía ODONTOLÓGICA aseguradora: _____ Teléfono: _____ Nombre del afiliado: _____ FDN del afiliado: ____/____/____ Identificación del afiliado: _____ N. ° de seguro social del afiliado: - - - - -		
3. Opciones para personas sin seguro odontológico:			
<input type="checkbox"/> Opción de pago por cuenta propia: si desea que atiendan a su hijo de inmediato, cuenta con una opción de pago de cuota reducida de \$49 que cubre la limpieza, los rayos X, la aplicación de flúor y los exámenes. La cuota de \$49 debe pagarse antes de que su hijo sea la atendido, a través de un giro postal o llamando al (1.855.497.6453) para pagar por vía telefónica.			
<input type="checkbox"/> Opción de solicitud de subsidio: si desea que lo incluyamos en nuestra lista de espera para recibir un subsidio, marque esta casilla. La opción estará disponible en el orden en el que se reciban las solicitudes.			

PASO 3	PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD:
	1. ¿Actualmente su hijo tiene alguna afección médica, tal como problemas cardíacos, trastornos convulsivos, alergias, etc.? En caso afirmativo, indíquelos a continuación. En caso NEGATIVO, no llene este espacio: _____ _____

PASO 4	FIRMA REQUERIDA
	Yo, el padre/tutor _____ entiendo y otorgo mi autorización a los odontólogos de School Smiles para que le brinden a mi hijo los siguientes servicios en la escuela: exámenes, rayos X, limpiezas, tratamientos con flúor y colocación de sellantes, según sean necesarios, durante los controles semestrales. Asimismo, autorizo a que mi hijo reciba el tratamiento odontológico requerido en su cuidado de seguimiento, el cual puede incluir la colocación de empastes y anestesia local para adormecer el área. Entiendo y estoy de acuerdo con que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir otros procedimientos debido a la posible existencia de afecciones que no fueron descubiertas durante el examen inicial, tales como la necesidad de colocar empastes más extensos o hacer una pulpotomía (conducto radicular en dientes de leche). Entiendo que si en algún momento mi hijo requiere una corona de acero inoxidable o una extracción, se exigirá una autorización adicional.
	ESTADO FINANCIERO: Tenga en cuenta que cualquier tratamiento que se brinde podría afectar los beneficios futuros que su hijo reciba a través de su seguro privado, del programa de seguro, de Medicaid y del programa Hoosier Healthwise. En el reverso de este formulario se incluye una copia de la notificación de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de School Smiles. Al firmar también reconozco que entiendo que se me entregará una copia del presente formulario en la consulta de mi hijo y que puedo solicitar una copia adicional al llamar al número 1.855.497.6453.
	Al firmar a continuación, acepta que se efectúen las limpiezas dentales de rutina y los tratamientos odontológicos necesarios durante el año escolar: ➔ Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____ <i>Si su hijo amerita un tratamiento que no pueda ser ofrecido por School Smiles, se le entregará una remisión.</i>

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

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.