



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Las Escuelas Públicas de Rockford, el Consejo de Salud de Rockford y el Departamento de Salud del Condado Winnebago han entrado en asociación para hacer arreglos para servicios de prevención dental para niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento con fluoruro, selladores (una capa protectora en las superficies masticadoras de las muelas) y educación dental. Los dentistas certificados, higienistas y asistentes irán a la escuela de su niño con equipo dental portátil durante el día escolar. Para que su niño reciba estos servicios **usted debe proporcionar toda la información solicitada abajo y firmar en el área indicada.** A partir de agosto de 2015, algunos planes de Medicaid sólo cubrirán tratamientos de limpieza y fluoruro una vez cada seis meses, independientemente del lugar de servicio.

Si a usted no le interesa este programa, por favor escriba solamente el nombre de su niño y su fecha de nacimiento y escriba "NO" en la parte superior de este formulario.

ID estudiantil: _____

Nombre del niño: (apellido, nombre)		Hombre___ Mujer___	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	ext:
Dirección:	Ciudad:	C.P.:	Condado:
Contacto de emergencia:	Teléfono:	Parentesco:	

Escuela:	Grado:
Maestro:	Idioma preferido:
Etnia: Hispano(a) ___ No hispano(a) ___	
Raza: Afroamericano(a) ___ Blanco(a)___ Nativo(a) Americano(a) / Alaskeño(a) ___	
Asiático(a) / Isleño(a) del Pacífico ___ Otro ___ Desconocido ___	

¿Tiene alguna preocupación del historial médico que pudiera complicar el tratamiento dental de su niño? ¿Soplo cardiaco? Sí ___ No___ Otro:
--

¿Tiene su niño cobertura dental con un seguro privado? Sí ___ No ___ ¿Seguro del estado? Sí ___ No ___ ¿Ninguno? ___
Nombre del proveedor de seguro:
Si es un seguro del estado (Asistencia Pública, Medicaid, Kid Care, etc.), por favor incluya el número de ID (9 a 11 dígitos) de la tarjeta médica de su 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Su firma también verifica que usted ha leído el dorso de este formulario acerca de HIPAA. Su firma autoriza: 1. que su niño reciba tratamiento de uno de los proveedores aprobados por RPS205 (enumerados abajo), 2. que los proveedores manden el cobro al seguro por los servicios, 3. auditorías de IDPH QA, 4. que los proveedores regresen a la escuela y vuelvan a revisarle los sellos a su niño, 5. que la escuela divulgue un resumen de la información del estudiante al Departamento de Salud del Condado de Winnebago y a los proveedores aprobados y 6. que los proveedores y RPS205 compartan información para ayudar a facilitar la atención para su estudiante.

Esta autorización se vencerá a los 24 meses después de la fecha de la firma.

Firma:	Fecha:	Iniciales del proveedor Verificar la firma, revisión del historial médico y fecha de nacimiento
¿Es usted legalmente responsable de este niño? Sí / No	Parentesco:	

Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese a la escuela de su niño.

Servicios proporcionados por alguno de los siguientes:

Crusader Community Health, Oates Dental, Onsite Dental y/u Orland Park Dental Services

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICA DE LA PRIVACIDAD HIPAA: Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo se puede usar y divulgar información médica acerca de usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información. ¡Por favor revise la cuidadosamente!

Sus derechos Usted cuenta con los siguientes derechos: 1. Obtener una copia de su historial médico en papel o en un formato electrónico 2. Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico 3. Solicitar comunicación confidencial 4. Pedirnos que limitemos la información que compartimos 5. Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información 6. Obtener una copia de esta notificación de privacidad 7. Elegir a alguien que actúe en su nombre 8. Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando: 1. Le contamos a su familia y amigos sobre su condición 2. Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe. Lo incluimos en un directorio hospitalario 3. Proporcionamos atención médica mental 4. Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información 5. Recaudamos fondos

Nuestros usos y divulgaciones Podemos utilizar y compartir su información cuando: 1. Lo atendemos 2. Dirigimos nuestra organización 3. Facturamos por sus servicios 4. Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública 5. Realizamos investigaciones 6. Cumplimos con la ley 7. Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos 8. Trabajamos con un médico forense o director funerario 9. Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales 10. Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus Derechos Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

1. Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico: Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos hacerle un cargo razonable en base al costo.
2. Pídanos que corrijamos su historial médico: Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piense que esté incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables. Pídanos que limitemos lo que utilizamos o compartimos. Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención. Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su proveedor de seguro médico. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido la información. Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de solicitud, con quien la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas que tengan que ver con el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero le haremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad. Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato. Elegir a alguien para que actúe en su nombre Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es el tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos. Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1. Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., al enviar una carta a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, llamar al 1-800-368-1019 o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones. Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene un preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas abajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, tiene el derecho y la opción de pedirnos que: 1. Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención 2.

Para comunicarse son el Oficial de Privacidad HIPAA en la escuela de su niño:

Orland Park Dental Services: 809 W. Detweiller Dr., Suite 805A, Peoria, IL 61615. (309)692-1320. Fax (309)692-1355. or **Crusader Community Health:** 1200 W. State St., Rockford, IL 61102. Phone (815)490-1600. Fax (815)963-4843. **SCHOOLS:** Auburn, Conklin, East, Ellis, Kennedy, Lewis Lemon, Lincoln, McIntosh, Nelson, Rolling Green, Spring Creek, Washington, West, White Swan, Wilson Aspire

Onsite Dental Services/Park City Dental: 555 N. Court St., Suite 100, Rockford, IL 61103. (815)708-6556. Fax (815)708-6477. **SCHOOLS:** Barbour, Beyer, Dennis, Flinn, Froberg, Hillman, Jefferson, Kishwaukee, Lathrop, Nashold, RESA, Riverdahl, Roosevelt, Summerdale, Whitehead

Dr. Oates Dental: 3957 N. Mulford Rd., Rockford, IL 61114. (815)637-6400. Fax (815)637-6477. **SCHOOLS:** Bloom, Brookview, Carlson, Cherry Valley, Eisenhower, Fairview, Gregory, Guilford, Haskell, Johnson, Montessori, Thurgood Marshall ES, Thurgood Marshall MS, Welsh, West View

****DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – TO BE COMPLETED BY DENTIST****

Prior Restorations	Prior Sealants

Sealants Present	___ YES	___ NO	Prior to exam – 1 st Molars Only
Caries Experience	___ YES	___ NO	
Untreated Caries	___ YES	___ NO	
Oral Hygiene Status	___ GOOD	___ FAIR	___ POOR
Periodontal Status	___ GOOD	___ FAIR	___ POOR

CURRENT DENTAL STATUS OF PATIENT

TREATMENT NEEDED		SCORE
DECAY	SEALANTS (Placed Today)	

ORAL HEALTH ASSESSMENT RATING	
1.	Preventive Care (services rendered today) – There is no visual evidence of caries activity or periodontal pathology.
2.	Restorative Care – Amalgams, composites, crowns, etc.
3.	Urgent Treatment – Abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection or swelling.

Treatment Date: _____

Dentist's Signature: _____