

¡EL DENTISTA VIENE A LA ESCUELA SIN NINGÚN COSTO* PARA USTED!

Cuidar de los dientes de su niño(a) es importante para mantenerlos sanos
Por favor llene, firme y regrese a su maestro(a) en 2 días
¡Incluye atención dental inicial y visitas de seguimiento!



1. DIGANOS ACERCA DE SU NIÑO(A) Si su hijo(a) ya visita un dentista regularmente, continúe con ese dentista.

Escuela o Nombre del Programa _____ Condado _____
 Profesor _____ # de Salón _____ Grado _____ AM/PM
 Nombre Legal del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ Hombre/Mujer
(circule uno)
 Seguro Social _____ - _____ - _____
 Padre/Tutor Legal _____
ESCRIBA CLARO Y FIRME ABAJO
 Dirección _____ Ciudad/Código Postal _____
 Email _____ Teléfono () _____ Teléfono Alt. () _____

2. INFORMACION DEL SEGURO

MEDICAID Y ALL KIDS CUBREN 100% DEL TRATAMIENTO

NIÑO(A) TIENE MEDICAID/ALL KIDS

Llene los 9-dígitos de Medicaid del Niño(a) **AQUI**

*Si su hijo(a) está asegurado por Medicaid o All Kids.

→

NIÑO(A) TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de la Comp. de Seguro (aparte de Medicaid) _____ Tel. del Seg. _____
 # Grupo _____ Empleador _____ Tel. del Empleador _____
 Nombre del Adulto Asegurado _____ **FECHA DE NACIMIENTO del adulto Asegurado** _____
 # Póliza/ID _____ Seguro Social del Adulto Asegurado _____

NIÑO(A) NO TIENE SEGURO DENTAL Si va a pagar por los servicios, por favor haga su cheque o giro postal a Smile Illinois y engrápelo a esta forma.

- Puedo pagar el costo completo de **\$124.00** por visita por la limpieza, revisión, fluoruro y sellantes.
- Certifico que necesito pagar **\$67.00** for servicios subsidiados por que no puedo pagar el costo completo. Cubrirá en cada visita la limpieza, revisión, fluoruro y sellantes.

3. HISTORIA MEDICA DEL NIÑO(A)

Notifiquenos de cualquier cambio en el historial medico.

UNICAMENTE SELECCIONE LA CONDICION(ES) QUE APLIQUE(N).

- Alergias (liste abajo)
- Asma
- Diabetes
- Alergia al látex
- Soplo en el Corazón (Requiere pre-medicamento)
- Hemofilia
- Problemas de sangre
- Hepatitis
- VIH/SIDA
- Soplo en el Corazón (NO requiere pre-medicamento)
- Anemia
- Sinusitis crónica
- Problemas de crecimiento
- Problemas de los oídos
- Tiroides
- Dolor de oídos
- Uso de drogas o tabaco
- Cáncer
- Desmayos
- Parálisis Cerebral
- Embarazo de Adolescencia
- Dificultades de habla
- Ataques epilépticos
- Derivación o coyunturas artificiales
- Problemas de los riñones
- Tuberculosis
- Reemplazo de válvula del corazón
- Otro (explique abajo)

Que tipo de agua toma su niño(a)? Agua de la ciudad Poso Embotellada Agua filtrada

Liste Alergias _____ Nombre/# de Teléfono del Doctor _____

Use el espacio de abajo para darnos información adicional sobre la salud de su niño(a), incluyendo cualquier tratamiento que este recibiendo, alguna otra enfermedad de significado, uso de alcohol o tabaco (incluyendo el que no se fuma). Liste todos los medicamentos que esta tomando. Adhiera otra página si es necesario.

4. LEA Y FIRME ABAJO

Solicito que el dentista realice una revisión de cuidado dental preventivo a mi hijo(a) la cual cubrirá el examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, y rayos-x como sea necesario. Este permiso incluye visitas al dentista en el futuro. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

OFFICE USE ONLY	
	exam
	prophy
	fluoride
	sealants
	screening

FIRME Y FECHA AQUI

DATE



Preguntas: 1-888-833-8441 Fax:1-888-330-4331 Visítenos en: mobiiledentists.com Para su privacidad doble y asegure.

Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C., General Dentist & Dental Director, 8770 W. Bryn Mawr Ave., Suite 1300, Chicago, IL 60631

©Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C., 2013

IL-PREVE-008

IMPORTANT NOTICE & CONSENT / AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

I understand and authorize Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants. While it is unlikely your child could be harmed by preventive dental care, in rare cases, the products we use may cause allergic reaction. (For additional information regarding the benefits and risks of preventive dental care, please call the number below.) I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payor. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Treatment by the in-school dentist may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, reply "STOP" to any message received from us. I have received the Notice of Privacy Practices (NPP) attached to this form and consent to the release of my child's medical record information, including records obtained from other providers, and any HIV/AIDS, communicable disease, sexually transmitted disease, drug and alcohol, and anemia information. I authorize release of such information by Provider to any responsible payor and/or administrative service provider and their subcontractors for use and disclosure relating to my child's treatment, payment for services and health care operation purposes. This signed consent authorizes my child's initial dental visit & follow-up visits. I may withdraw this consent at any time in writing to the address below.

Entiendo y autorizo a Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño(a) mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x y sellantes. A pesar de que no es probable de que su niño(a) sea dañado durante los cuidados dentales preventivos, en raras ocasiones, los productos que utilizamos pudieran causar una reacción alérgica. (Para más información sobre los beneficios y los riesgos del cuidado dental preventivo, por favor llame al número debajo.) Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. El tratamiento realizado por el dentista escolar pudiera afectar los beneficios de su niño en un futuro bajo su cobertura privada, Medicaid o CHIP. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. En ocasiones podremos mandarle un texto sobre el programa dental escolar. Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para discontinuar, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento para la divulgación de la información y/o expediente médico de mi hijo(a), incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo(a), pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito a la dirección abajo.

MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

ELLIOT P. SCHLANG, DDS – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

General Dentists - Susan Ash, DDS, Kathleen Barto, DDS, Inderjit Bawa, DDS, Charles Boswell, DDS, Mark Chicoine, DDS, Steven Collins, DDS,

Randall Esbrook, DDS, Michael Henry, DDS, Jada Johnson-Speller, DDS, Scott Kiohr, DMD, Charles Kneeder, DMD, Nolan Lathrop, DMD, Theodore Mayer, DDS, Yvonne McLeod, DDS, Cynthia Michalik, DDS, Ty Miner, DMD, Celia Mimms, DDS, Richard Pena, DDS, Solomon Pesis, DDS, Rita Philip, DDS, Karen Schichtel, DDS, Larry Shapiro, DMD, Thomas Sotiropoulos, DDS, Herbert Weinfield, DDS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

NUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de salud y de nuestra privacidad. Nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud. Por ejemplo: Tratamiento: Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela o otro proveedor de salud que le está preveyendo tratamiento.

Pagos: Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted. Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

Su Autorización: Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos de una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo, excepto los descritos en este Aviso.

A Su Familia y Amigos y Personas involucradas en su Cuidado: Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 888-833-8441.

Requerido por La Ley: podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley. Seguridad Pública: Podemos dar información médica a oficiales de la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reporte de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal o informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

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

Seguridad Nacional: Podemos dar su información médica a las autoridades militares de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero bajo ciertas circunstancias; a funcionarios federales de la ley de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proteger al Presidente; y a un oficial de la ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen: auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

Demandas y Disputas: Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

Otros Usos y Revelaciones: Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación, a las organizaciones que manejan y monitoriar la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionen beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corré el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros emendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se emienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA

Teléfono: 623-434-9343

email: hipaaofficer@smileprograms.com

Fecha efectiva: August 1, 2013