

Programa de extensión dental



WELCOME

¡Su hijo ha sido invitado a participar en nuestro Programa de Extensión Dental y estamos emocionados de verlo! Proporcionaremos los exámenes de salud bucal recomendados por la AAPD y la ADA y el tratamiento dental preventivo que debe realizarse cada 6 meses. Si su hijo tiene necesidades de tratamiento adicional, lo contactaremos con esa información y lo ayudaremos a coordinar una cita en el consultorio con usted. Ayúdenos mientras recopilamos información adicional sobre usted y su hijo. Aceptamos la mayoría de los planes de seguro y AHCCCS. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (806) 292-9115, o envíe un correo electrónico a alyssa@thesmilezone.org o supersmilesforkids@gmail.com. Gracias por confiar en nosotros con el cuidado dental de su hijo. Prometemos hacer nuestro mejor esfuerzo para brindar la mejor atención disponible.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Casa/ Celular _____ ¿Podemos enviarle un mensaje de texto? ☐ Sí ☐ NO

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

☐ Casado ☐ Soltero ☐ Hijo ☐ Otro _____ Correo electrónico _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Name _____ Home/ Cell _____

SI EL PACIENTE ES UN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS, PADRE/TUTOR POR FAVOR COMPLETE A CONTINUACIÓN:

Nombre del padre/tutor _____

Fecha de nacimiento _____ Casa/ Celular _____ ¿Podemos enviarle un mensaje de texto? ☐ Sí ☐ NO

☐ Casado ☐ Soltero ☐ Otro _____ Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS – PRIMARIA

Nombre Del Plan De Seguro _____ Número De Teléfono Del Seguro _____

Seguro ID # _____ Seguro Grupo # _____

Nombre Del Titular De La Póliza _____ Relación con la paciente _____

Tomadora Del Seguro Fecha De Nacimiento _____ SS# _____ Casa/ Celular _____

Nombre Del Empleador _____ Teléfono Del Empleador # _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS – SECUNDARIA

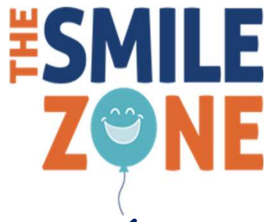
Nombre Del Plan De Seguro _____ Número De Teléfono Del Seguro _____

Seguro ID # _____ Seguro Grupo # _____

Nombre Del Titular De La Póliza _____ Relación con la paciente _____

Tomadora Del Seguro Fecha De Nacimiento _____ SS# _____ Casa/ Celular _____

Nombre Del Empleador _____ Teléfono Del Empleador # _____



Programa de extensión dental



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo Del Estudiante _____ Fecha De Nacimiento _____

Colegio _____ Nombre Del Maestro _____ Calificación _____

Padre/ Tutor Legal _____ Teléfono celular/ Residencial # _____

(Escriba el nombre complete en letra de imprenta)

¿Podemos enviarte un mensaje de texto? ☐ SI ☐ NO

HISTORIA DENTAL

Hombre ☐ Mujer ☐

Compruebe si u hijo tiene o ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Mal aliento | ☐ Rechinar los dientes | ☐ Sensibilidad al calor |
| ☐ Sangrado de las encías | ☐ Dientes flojos o empastes rotos | ☐ Sensibilidad a los dulces |
| ☐ Hacer clic o hacer estallar la mandíbula | ☐ Tratamiento periodontal | ☐ Sensibilidad al mordor |
| ☐ Recolección de alimentos entre los dientes | ☐ Sensibilidad al frío | ☐ Llagas o crecimientos en la boca |

HISTORIA MÉDICA

¿Ha tenido recientemente alguna enfermedad u operación grave? ☐ NO ☐ SI: _____

¿Está tomando o está tomando algún medicamento para adelgazar? ☐ NO ☐ SI: _____

Compruebe si tiene o ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Anemia | ☐ Chemotherapy | ☐ Heart Problems | ☐ Rheumatic fever |
| ☐ ADD/ ADHD | ☐ Circulatory Problems | ☐ Hemophilia | ☐ Scarlet Fever |
| ☐ Arthritis, Rheumatism | ☐ Congenital Heart lesions | ☐ Hernia Repair | ☐ Shortness of Breath |
| ☐ Artificial Heart Valves | ☐ Cortisone Treatments | ☐ High Blood Pressure | ☐ Skin Rash |
| ☐ Artificial Joints, Pins, Etc. | ☐ Cough, Persistent | ☐ HIV/AIDS | ☐ Stroke |
| ☐ Asthma | ☐ Cough up Blood | ☐ Jaw Pain | ☐ Swelling of Feet or Ankles |
| ☐ AUTISM | ☐ Diabetes | ☐ Kidney Disease | ☐ Thyroid Problems |
| ☐ Back problems | ☐ Epilepsy | ☐ Liver Disease | ☐ Tobacco Habit |
| ☐ Bleeding abnormally | ☐ Fainting | ☐ Mitral Valve Prolapse | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Blood disease | ☐ Glaucoma | ☐ Pacemaker | ☐ Ulcer |
| ☐ Cancer | ☐ Headaches | ☐ Radiation Treatment | ☐ Venereal Disease |
| ☐ Chemical Dependency | ☐ Heart Murmur/ Pre-Med? _____ | ☐ Respiratory Disease | |

¿Su hijo tiene algún síndrome o afecciones médicas? _____

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente: _____

ALERGIAS:

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ ASPIRIN | ☐ Local Anesthetic | ☐ Iodine | ☐ Other _____ |
| ☐ Barbiturates (Sleeping Pills) | ☐ PENICILLIN | ☐ LATEX | _____ |
| ☐ CODEINE | ☐ SULFA | ☐ None | _____ |

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la enfermera escolar y/o al dentista de mi hijo/a menor de edad si se produce algún cambio en su salud, para que estén al tanto. Doy mi consentimiento para cualquier tratamiento dental preventivo que necesite mi hijo/a, incluyendo una evaluación, pruebas de detección, radiografías, limpieza, flúor, SDF y, si es necesario, sellador o tratamiento de restauración protectora. Asimismo, doy mi consentimiento para que se facture a mi seguro dental, si corresponde. Al firmar a continuación, reconozco haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

FIRMA (Padre/ Tutor Legal – Listado Arriba)

Fecha

PARA PREGUNTAS, INQUIETUDES O INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A SU VISITA DE NIÑOS, PUEDE ENVIAR UN CORREO ELECTRÓNICO: allyssa@thesmilezone.org, supersmilesforkids@gmail.com, O LLAME AL: (806) 292-9115

Dental Outreach Program

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

NUESTRO DEBER LEGAL

La ley federal y estatal aplicable nos exige mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso entren en vigencia para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos el nuevo Aviso disponible a pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos su información médica para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: Podemos usar o divulgar su información médica para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

Operaciones Sanitarias: Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información médica o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo en vigor. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información médica por ningún motivo, excepto los descritos en este Aviso.

Para su familia y amigos: Debemos divulgarle su información médica, como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si usted acepta que podemos hacerlo.

Personas involucradas en la atención: Podemos usar o divulgar información médica para notificar o ayudar en la notificación (incluida la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su estado general o su muerte. Si está presente, antes de usar o divulgar su información médica, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información médica basada en una determinación utilizando nuestro juicio profesional y divulgando solo información médica que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información médica.

Servicios de marketing relacionados con la salud: No utilizaremos su información médica para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información médica cuando la ley nos lo exija.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información médica a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información médica en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a 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 determinadas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a una institución correccional o un funcionario encargado de hacer cumplir la ley que tenga la custodia legal de la información médica protegida del preso o del paciente en determinadas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como correo de voz, mensajes de texto, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a ver u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo en la práctica. (Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo por gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se encuentra al final de este Aviso. Comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas).

Contabilidad de divulgación: Tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información médica con fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación alternativa: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. {Debe hacer su solicitud por escrito.} Su solicitud debe especificar los medios alternativos o la ubicación y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o la ubicación que solicite.

Enmienda: Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe enmendar la información). Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (correo electrónico), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS: Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros. Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información médica o nos comunicamos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede quejarse con nosotros utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si lo solicita. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Contacto: Dora Pesqueda Teléfono: 806-292-9115 Email: dora@supersmilesforkids.com or TheSmileZone.DentalOutreach@gmail.com