



Clínica Móvil de Pájaro Blanco  
 1415 Pearl St. Eugene OR, 97401  
 (541)344-8302

### Autorización Para Servicios Dental

Durante el año escolar, nuestra clínica visitara la escuela de su hijo ofreciendo selladores dentales, barniz de flúor, exámenes de higiene y servicios dentales gratuitos. **No hay ningún costo** para estos servicios. Sin embargo, vamos a tratar de obtener el reembolso de su proveedor de seguros siempre que sea posible; esto nos ayuda extender nuestros dólares de becas para proporcionar tratamiento dental a más niños que no tienen ningún tipo de seguro. Si desea que su hijo reciba estos servicios, por favor llene esta forma de 3pasos.

Si desea información adicional, por favor visite el centro de salud de la escuela de su hijo.



Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_  
 Apellido, 1<sup>er</sup> nombre, 2<sup>o</sup> nombre

Escuela de Mi Hijo/a: \_\_\_\_\_

Maestra: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_



Quiero que mi hijo/a reciba el siguiente cuidado dental gratuitamente:

(Por favor señale los servicios que desea que su hijo reciba)

- Todos los servicios dentales que la clínica dental móvil proporciona
- Selladores dentales     Barniz de Flúor     Clínica dental del Viernes
- No gracias, el dentista de mi hijo es: \_\_\_\_\_



La ley del estado requiere una historial medica básica para cada niño que recibe servicios. Por favor llene esta forma completamente, rellenando todas las áreas.

Nombre del padre o guardián:  
 Número de teléfono:

Mi hijo/a está tomando (lista de medicamentos):

Mi hijo/a es alérgica a:

Mi hijo/a tiene (circule todo que le aplique a su hijo/a):  
 Soplo en el Corazón    Epilepsia    Asma  
 Diabetes    Cirugía:    Otro:

Salud de Comportamiento (por favor describa):

Medico de mi hijo/a? ¿El último examen fue?



Para extender nuestra beca y ser capaz de continuar proporcionando servicios gratuitos a los demás, por favor marque y complete la siguiente información.

Nombre de Seguro Dental:  
 Numero de ID del miembro:  
 (Seguro Privado) Fecha de nacimiento del padre:

Etnicidad:  
 Nativo-americano    Hispano    Asiático  
 Afro-americano    Caucasiano    Otra:

Alojamiento:  
 Propietario    alquilar    Comparte con otros  
 Sin Hogar    Sección 8    Otro:

Como el padre /tutor, doy permiso para que mi hijo/a reciba el tratamiento especificado arriba. También doy consentimiento para el intercambio de información entre la clínica dental White Bird y el Centro de Salud Bethel. Autorizo la divulgación de la información a las compañías de seguros y los especialistas dentales si es necesario y aplicable. Este consentimiento se mantendrá vigente durante 24 meses. Los servicios dentales basados en la escuela de este programa están diseñados para complementar, pero no reemplazar las visitas regulares al dentista de su hijo. Al firmar esta forma, yo también reconozco que he recibido una copia de la Clínica Dental de White Bird Notificación de práctica privada que esta figado a continuación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_



## Notificación de Prácticas de Privacidad de la Clínica de Pájaro Blanco

### Sus Derechos

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

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

#### Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### Solicitarnos que corrijamos el historial médico y de reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables.

#### Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos 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 afectara su atención.

#### Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre 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 cobraremos 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 su 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 abusaron sus derechos

- Si considera que hemos abusado 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 enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800- 368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- 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 una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*



En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

**En el caso de la recaudación de fondos:**

- Es posible que nos comuniquemos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

**Nuestros usos y divulgaciones** Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

**Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.*

**Dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.*

**Pagar por sus servicios médicos**

Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

*Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.*

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como: Prevención de enfermedades. Ayuda con el retiro de productos del mercado. Informe de reacciones adversas a los medicamentos. Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica. Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

**Realizar investigaciones médicas-** Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

**Cumplir con la ley**

Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federa.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario-** Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos. Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- En reclamos de compensación de trabajadores.
- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

**Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación. Nuestras responsabilidades:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

**Cambios a los términos de esta notificación-** Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.