



# PERMISO PARA SER SCIOS DE HIGIENE DENTAL



Maestro/a: \_\_\_\_\_

Durante el año ofrecemos a estudiantes de Bethel evaluación de higiene dental, limpieza de dientes, tratamientos con barniz de flúor y selladores sin costo alguno para usted. (Intentaremos obtener el reembolso de su compañía de seguros dental siempre que sea posible). Estos servicios, si están indicados, serán proporcionados por White Bird Dental Clinic. Si desea que su hijo reciba estos servicios, responda las preguntas, firme y regrese a su asistente de salud escolar.

Nombre de Escuela: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F									
Nombre de su hijo/a: _____ Apellido de su hijo/a: _____									
Nombre de Seguro dental: _____ Nombre de recipiente/Numero de Seguro: _____									
Padre/Guardian: _____									
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: OR Código Postal: _____									
Numero de Telefono Casa: _____ Trabajo: _____ Mensaje: _____									
Fecha del último examen dental: _____	Nombre del dentista: _____								
Mi hijo es alérgico a: _____									
Consideraciones de comportamiento: _____									
Mi hijo tiene: (circule todo lo que corresponda)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Soplo cardíaco</td> <td style="width: 25%;">Epilepsia</td> <td style="width: 25%;">Asma</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Cirugía</td> <td>Diabetes</td> <td>Otros: _____</td> <td></td> </tr> </table>	Soplo cardíaco	Epilepsia	Asma		Cirugía	Diabetes	Otros: _____	
Soplo cardíaco	Epilepsia	Asma							
Cirugía	Diabetes	Otros: _____							
Nombre de Doctor Médico: _____									

Como padre / guardián, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba evaluaciones de higiene dental, tratamientos con barniz de flúor, limpieza de dientes y selladores como se indica durante el año. También doy mi consentimiento para el intercambio de información entre la Clínica Dental White Bird, todas las escuelas dentro del Distrito Escolar de Bethel, la aseguradora, el dentista de registro y el Centro de Salud Bethel. Este consentimiento permanecerá vigente durante 24 meses. Los servicios dentales de White Bird en la escuela están destinados a **complementar**, pero no a reemplazar las visitas dentales regulares de su hijo. Al firmar este formulario, también reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de White Bird Dental Clinic que se adjunta.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián

**Proporcione la siguiente información para nuestras estadísticas. Esto no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir servicios.**

**Etnicidad:** (circule todo lo que corresponda)  
 Asiático    Hispano    Negro    Blanco    Nativo Americano    Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico    Otro: \_\_\_\_\_

**Estado de la vivienda:**  
 Dueño de casa    Renta    Vive con otros (familiares o amigos)    Vive en refugio    Sección 8    Sin hogar: vive en la calle

**Ingresos del hogar:**  
 Ingreso mensual total del hogar: \$ \_\_\_\_\_  
 Numero de personas en el hogar: \_\_\_\_\_



## Detalles del programa:

Nuestro objetivo es ayudar a prevenir la caries dental en su escuela. Para hacer esto, nuestra clínica ofrecerá clínicas gratuitas de flúor y sellador en le escuela de su estudiante durante el año escolar. ¡Complete el formulario adjunto para inscribir a su hijo!

1.) ¿Hay algún costo?

-No, los evaluaciones dentales y el sellador y el barniz de fluoruro se proporcionan de forma gratuita a través de subvenciones. Para extender el dinero de nuestra subvención, intentaremos facturar a OHP o al seguro privado, pero no facturaremos a los padres o tutores.

2.) ¿Cuándo son las fechas de los exámenes dentales?

-A partir de ahora, las fechas de las clínicas no se han confirmado, pero estamos trabajando con las escuelas para coordinar fechas específicas en otoño y primavera.

3.) ¿Hay alguien más a quien pueda contactar si tengo más preguntas?

-¡Sí! Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en comunicarse con Ella Raanan, Coordinadora de la Clínica Dental Móvil, en [eraanan@whitebirdclinic.org](mailto:eraanan@whitebirdclinic.org) o (541) 344-8302.

## Información sobre flúor y sellador:

### Barniz de fluoruro:

El barniz de flúor es un tratamiento que puede ayudar a prevenir la caries dental, disminuir la velocidad o evitar que empeore. Se fabrica con fluoruro, un mineral que puede fortalecer el esmalte dental (recubrimiento externo en los dientes). Dentistas y médicos de todo el mundo usan el barniz de flúor para ayudar a prevenir la caries dental. Estos tratamientos pueden ayudar mejor a prevenir la caries cuando un niño también se cepilla, usa hilo dental, sigue una dieta saludable y recibe atención dental regular. El barniz de flúor se pinta en la parte superior y los lados de cada diente con un cepillo pequeño. Es pegajoso pero se endurece una vez que entra en contacto con la saliva. Su hijo puede comer y beber inmediatamente después de aplicar el barniz de flúor.



### Sellantes dentales:

Nuestros molares (dientes posteriores para masticar) tienen surcos naturales que pueden ser profundos y tuvieron que limpiarse con un cepillo de dientes. Los selladores dentales son recubrimientos finos, blancos y endurecidos que se colocan en la parte superior de las superficies de masticación de los dientes para ayudar a protegerlos de las caries. Una vez selladas, estas ranuras se protegen de las partículas de alimentos y la acumulación de bacterias, lo que reduce el riesgo de caries.



La aplicación de sellador toma de dos a tres minutos por sellador y es mucho más fácil que obtener un relleno. Primero se limpia la superficie del diente y luego se seca. El material sellante se coloca sobre las ranuras limpiadas y se endurece con una fuente de luz. Luego se revisará el sellador y se cepillará con un cepillo de dientes.





## 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.

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

- Puede solicitar 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 solicitar 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.

#### Solicitar 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 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.