



9 CAREY ROAD
QUEENSBURY, NY 12804
518-764-3036
WWW.HHHN.ORG

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Nos complace trabajar con las escuelas locales para prestar servicios dentales preventivos y educación dental directamente a los niños. Si inscribe a su hijo(a) en el programa, recibirá la atención de un higienista dental con licencia del Estado de Nueva York que le proporcionará atención dental y educación para promover el cuidado de la salud de dientes y encías. Los servicios incluyen detección, limpieza, flúor, selladores, educación y derivación para tratamiento adicional, si es necesario. Al finalizar la atención, cada niño recibirá un Formulario de informe de salud bucal por los servicios prestados.

¡Todas las personas son bienvenidas! Si su hijo(a) actualmente se atiende con un dentista, él/ella puede participar igualmente. Le pedimos que proporcione la información sobre su proveedor dental actual en el formulario de consentimiento donde se indique. Los servicios no se duplicarán.

A las familias no se les cobra por los servicios, solo a las compañías de seguros, si corresponde. Si tiene seguro dental, le pedimos que nos proporcione la información del seguro. Si su hijo(a) no tiene seguro dental, todos los servicios se proporcionarán **sin costo**.

Instrucciones:

Para participar, complete el dorso y el reverso del formulario adjunto y preséntelo en la escuela de su hijo(a). Si su hijo(a) NO participará en el programa, indíquelo y presente el formulario a su escuela.

Emergencias dentales:

Si su hijo(a) tiene una emergencia dental en cualquier momento del día o de la noche, llame al consultorio de su dentista habitual, si corresponde. Si su hijo(a) no tiene un dentista habitual, llame a Hudson Headwaters Dental Services Center, al 518-623-3918.

El programa Healthy Smiles cumple con las pautas sobre Control de Infecciones dispuestas por los CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades), la OSAP (Asociación para la Prevención y la Seguridad en Infecciones Dentales) y el NYSDOH (Departamento de Salud del Estado de Nueva York).

Para obtener más información sobre este programa, visite nuestro sitio web www.hhhn.org o comuníquese con:

Piperlea Chico, RDH (higienista dental certificado):
(518) 764-3036 Director del Programa Dental Escolar,
higienista dental

Higienista dental del Programa Dental Escolar: **(518) 764-8034**

Preguntas frecuentes y recomendaciones dentales:

¿Qué son los selladores?

- Los selladores son una capa plástica delgada que se pinta sobre las superficies de masticación de los dientes permanentes. Protegen los dientes de su hijo(a), ya que actúan como una barrera para evitar que las caries dañen los dientes. El higienista dental puede colocar selladores.

¿Qué es el flúor?

- El flúor es un mineral natural. Se encuentra en el agua potable en diferentes niveles.
- El barniz de flúor es diferente. Está pintado en los dientes. Es rápido y fácil de aplicar y **no** tiene mal gusto.

Consejos para el cepillado

- Su hijo(a) siempre debe usar un cepillo de dientes de cerdas suaves.
- Los cepillos de dientes deben reemplazarse cada **tres** meses.
- **El cepillo de dientes no debe** compartirse. Esto puede propagar gérmenes.

Consejos para usar hilo dental

- El hilo dental limpia entre los dientes donde no puede llegar un cepillo de dientes.
- Su hijo(a) puede comenzar a usar hilo dental cuando dos dientes se toquen.

Formulario de consentimiento de Healthy Smiles de Hudson Headwaters

- Sí, doy permiso para que mi hijo(a) se inscriba en el programa dental escolar.**
Complete el formulario en su totalidad y preséntelo en la escuela de su hijo(a).
- No, no doy permiso para que mi hijo(a) se inscriba en el programa dental escolar.**
Complete el nombre de su hijo(a), el nombre de la escuela, firme en el reverso y preséntelo en la escuela de su hijo(a).

1. Información demográfica

Nombre y apellido del menor	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza (marque una opción):			
<input type="checkbox"/> Blanco(a)	<input type="checkbox"/> Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro(a) o afroamericano(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a) o latino(a)
<input type="checkbox"/> Asiático(a) o nativo(a) de Hawái/otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multiracial	<input type="checkbox"/> Otro:	
Nombre de la escuela	Docente	Grado	
Dirección del menor	Ciudad, estado, código postal		
Nombre de padre, madre o tutor	Dirección de correo electrónico		
Teléfono residencial	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	

2. Contacto alternativo de emergencia

Nombre	Relación con el menor
Teléfono residencial	Teléfono celular

3. Cobertura dental

Mi hijo(a) nunca se atendió con un dentista.

Mi hijo(a) NO tiene un dentista habitual actualmente. ¿Necesita ayuda para encontrar un dentista para su hijo(a)? Sí No, mi

hijo(a) ha ido a un dentista para una limpieza en los últimos 6 meses.

Fecha de la última visita al dentista: _____ Fecha de la próxima limpieza programada: _____

Nombre del dentista	Teléfono	Dirección
---------------------	----------	-----------

4. Información sobre el seguro dental

Sin seguro (sin cobertura dental)

Seguro de Medicaid

Seguro dental privado

IDENTIFICACIÓN N.º	CIN N.º (Id. de cliente)	SEC. N.º
IDENTIFICACIÓN N.º	Grupo N.º	
Nombre del plan	Empleador	Teléfono del seguro
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento	

5. Información médica									
SIDA/VIH	Sí	No	Asma	Sí	No	Inmunodeficiencia	Sí	No	
Trastornos hemorrágicos	Sí	No	Artroplastías	Sí	No	Diabetes	Sí	No	
Desmayos	Sí	No	Epilepsia/convulsiones	Sí	No	Problemas de la visión	Sí	No	
Enfermedad cardíaca	Sí	No	Pérdida de la audición	Sí	No	Enfermedad renal	Sí	No	
Soplo cardíaco	Sí	No	Problemas gastrointestinales	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No	
Hepatitis/enfermedad hepática	Sí	No	Presión arterial baja	Sí	No	Problemas de la visión	Sí	No	
Salud mental	Sí	No	Presión arterial alta	Sí	No	Cirugía	Sí	No	
Discapacidad del desarrollo	Sí	No	Lesiones graves	Sí	No	Hospitalización	Sí	No	
Comentarios:									

¿Su hijo(a) toma un suplemento de flúor? (marque con un círculo)

Sí	No
Sí	No

¿Su hijo(a) toma algún medicamento DIARIAMENTE? (marque con un círculo)

Enumere los medicamentos diarios: _____

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia a los siguientes artículos? (marque con un círculo)

Sí	No
----	----

Látex Árbol Frutos secos Estacional Resinas Alimentos Antibióticos Penicilina Otro: _____

6. Consentimiento para participar

- Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba los siguientes servicios dentales: evaluaciones, limpiezas, flúor y selladores.
- Entiendo que este consentimiento puede permanecer vigente durante un (1) año escolar mientras mi hijo(a) asista a esta escuela; sin embargo, este consentimiento puede ser revocado por mí o por quien yo designe en cualquier momento, excepto en la medida en que la persona/organización ya haya actuado.
- Es responsabilidad del padre/de la madre/del tutor informar al proveedor dental y/o al miembro del personal de enfermería de la escuela de cualquier cambio en la información médica de su hijo(a).
- Entiendo que se puede entregar una copia del informe dental de mi hijo(a) al miembro del personal de enfermería de la escuela o al coordinador del lugar designado, y que toda la información sobre mi hijo(a) se mantendrá confidencial dentro de las Agencias Asociadas.
- Si tengo seguro dental, autorizo a que se le facture a mi compañía de seguro todo servicio prestado.
- Me han dado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de derechos del paciente de Hudson Headwaters.
- Entiendo que Hudson Headwaters Health Network puede usar la información médica de mi hijo(a) para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y evaluación del programa.
- Entiendo que es mi responsabilidad mantener informado al dentista de mi hijo(a) sobre los servicios que este programa le presta a mi hijo(a), para evitar la duplicación de servicios que podrían provocar que reciba una factura del dentista de mi hijo(a).
- Entiendo que Hudson Headwaters Health Network puede compartir información sobre la visita dental de mi hijo(a) con el proveedor dental actual de mi hijo(a) (si está indicado en el consentimiento).
- He leído y entiendo el programa dental y doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en el programa dental escolar.

Firma de padre, madre o tutor legal

Nombre impreso de padre, madre o tutor legal

Relación con el menor

Fecha de hoy

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO:

REVISADO POR: _____ FECHA: _____

COMPLETE EL DORSO Y EL REVERSO DEL FORMULARIO Y

PRESENTELO EN LA ESCUELA.

Solo para uso administrativo:

Health History Review @ 6MRC

Revisado por: _____ Fecha: _____

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo(a).

Obtener una copia impresa de su historia clínica

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y demás información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos su historia clínica

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le daremos los motivos por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicación confidencial

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que enviemos correos a otra dirección.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud, y podemos rechazarla si afectara su atención.
- Si paga el total de un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago u operaciones con su compañía de seguro de salud. Aceptaremos su solicitud, a menos que una ley nos exija que compartamos esa información.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información médica en los seis años previos a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones. Daremos un estado de cuenta por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable si solicita más de una en un año.

Obtener una copia de este Aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir el Aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa inmediatamente.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si siente que se violan sus derechos

- Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja usando los siguientes datos:

HHHN Privacy Officer
(518) 761-0300 ext. 31350
PatientConcerns@hhhn.org

- También puede presentar una queja ante la U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando por teléfono al 1-877-696-6775, o visitando el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- No le impondremos sanciones ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención;
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre;
- Incluyamos su información en un directorio de hospitales.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito primero:

- Con fines de comercialización
- Para vender su información.
- De la mayoría de los casos de divulgación de notas de psicoterapia.

En caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede pedirnos que no nos pongamos en contacto con usted nuevamente.

Formulario de consentimiento de Healthy Smiles de Hudson Headwaters

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Usamos o compartimos información médica de las siguientes maneras.

Para atenderle

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le brinden tratamiento.
Ejemplo: un médico que le brinda tratamiento por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

Para el funcionamiento de nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Ejemplo: utilizamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.

Para facturarle servicios

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.
Ejemplo: damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica? Tenemos permitido o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Para poder compartir su información para estos fines, primero debemos cumplir con muchas condiciones estipuladas por ley. Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de salud y seguridad públicas

- Podemos compartir información médica en ciertas situaciones, tales como prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos, informar reacciones adversas a medicamentos, informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

Investigar

- Podemos usar o compartir su información para llevar a cabo estudios de investigación médica.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), si este desea comprobar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir información médica con un funcionario forense, médico forense o director de funeraria ante el fallecimiento de una persona.

Tratar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted con respecto a reclamos de compensación para trabajadores, aplicación de la ley, supervisión de agencias de salud y a funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Contestar demandas y acciones legales

- Podemos compartir información médica sobre usted para contestar una orden judicial o administrativa, o una citación.

Participar en organizaciones de atención responsable

- Podemos compartir información médica sobre usted dentro de una Organización de Atención Responsable, como Adirondacks ACO.

Nuestras responsabilidades

- Tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento.
- No compartiremos registros de tratamiento por abuso de sustancias, estado del VIH o antecedentes de salud conductual sin su permiso por escrito.

Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este Aviso. Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El Aviso nuevo estará disponible si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.