



¿Necesita cuidado dental para su hijo/a?

El programa 'Give Kids a Smile'
(Entregue Sonrisas a L@s Niñ@s)
le ofrece servicios dentales
gratuitos para sus hij@s.

¡Visitaremos la escuela de
su hijo/a muy pronto!

Complete este formulario y entréguelo
en la oficina de la escuela.

¡Es un servicio completamente gratuito!
Vea la página a continuación para más información.

Entregue Sonrisas a L@s Niñ@s

PROGRAMA DENTAL MÓVIL



Querido padre o tutor legal:

Mediante el programa 'Give Kids a Smile' (Entregue Sonrisas a L@s Niñ@s) Bethany ofrece cuidado dental gratuito a niños que no pueden costearlo por otros medios. Nuestro autobús dental se desplaza hasta la escuela de sus hij@s. Todo el personal de servicio cuenta con títulos oficiales de odontología.

Su hijo/a **podría reunir las condiciones** para recibir estos servicios **si** él o ella:

- ⇒ nunca ha ido al dentista
- ⇒ no ha estado en el dentista en los últimos seis meses
- ⇒ recibe Medicaid / tarjeta médica
- ⇒ no dispone de cobertura de seguro dental privado
 - ⇒ tales como Humana, Delta Dental, MetLife, etc.

El autobús visita escuelas en todos los Quad Cities. El día que llega el autobús dental a su escuela, su hijo/a recibirá los siguientes servicios

- ⇒ educación sobre la higiene bucal
- ⇒ un examen dental
- ⇒ una limpieza dental
- ⇒ un tratamiento con flúor
- ⇒ selladores dentales, de considerarse necesarios

TODOS LOS SERVICIOS PARA LOS NIÑOS EN EL AUTOBUS 'GIVE KIDS A SMILE' SON TOTALMENTE GRATUITOS

(Si su hijo/a está registrado en el sistema de Medicaid del estado, Medicaid cubrirá los gastos de los servicios recibidos en el autobús, así como cualquier seguimiento necesario).

Si quiere que su hijo/a participe en este programa, rogamos complete los formularios adjuntos y los entregue en la oficina de la escuela de su hijo/a.

Un cordial saludo,

Evena Wash
Supervisora, Give Kids a Smile

¿Tiene preguntas? ¡Llame al (309) 736-6616!

Acceda a información sobre los servicios de Bethany for Children & Families en Facebook, y vea las fechas en que el autobús dental estará en la escuela de su hijo/a!

GIVE KIDS A SMILE
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
ESCRIBA POR FAVOR CON PLUMA



		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
Nombre del niño/a	Apellido del niño/a	Fecha de Nacimiento	Género

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	---------------	---------------	----------------------

Nombre de padre/madre/tutor legal	Apellido	Teléfono	Correo electrónico
--	-----------------	-----------------	---------------------------

Contacto en caso de emergencia	Relación con el/la niño/a	Teléfono del contacto
---------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

Escuela a la que asiste el niño/a	Profesor/a del niño/de la niña	Curso/grado
--	---------------------------------------	--------------------

Número de identificación del Medicaid del niño/de la niña, o número Hawk-i

¿Cuál es, según usted, la identidad racial de su hijo/a?

- Negro
- Blanco
- Hispano/latino
- Asiático
- Nativoamericano/Nativo de Alaska
- Hawaiano
- Otras identidades de las islas del Pacífico
- Multiracial
- Otro _____

¿Qué seguro dental tiene su hijo/a?

- Humana
- Delta Dental
- MetLife
- Medicaid (Medical Card, Title 19)
- Meridian
- Illini Care / Envolve
- Hawk-i
- Otro _____
- Ninguno

¿Dónde vas su hijo al dentista normalmente?

**Nombre del dentista/
consultorio del dentista**

**Fecha de su última visita
al dentista**

**¿Ha recibido su hijo alguna vez
los servicios del autobús de
'Give Kids a Smile'?**

- Sí
- No

Para uso de la oficina

GIVE KIDS A SMILE – FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN



Marque por favor las casillas que describen la salud de su hijo/a

Mi hijo/a necesita tomar un antibiótico antes de someterse a tratamiento dental.

- ADHD / ADD
- Anemia
- Válvula cardiaca artificial
- Articulaciones prostéticas
- Autismo
- Trastornos hemorrágicos
- Trastornos de la sangre
- Lesiones cerebrales
- Cáncer
- Parálisis cerebral
- Otitis crónica
- Jaquecas crónicas
- Dolor crónico
- Diabetes
- Síndrome de Down
- Epilepsia
- Desmayos / Mareos
- Ampollas / Herpes labial
- Dificultad auditiva

- Enfermedades cardiacas / Angina
- Ataques cardíacos
- Soplo en el corazón / Lesiones cardiacas
- Hepatitis / Problemas de hígado
- Presión arterial alta/baja
- Colesterol alto
- VIH / SIDA
- Insuficiencia renal
- Leucemia
- Discapacidades mentales / físicas
- Osteoporosis
- Marcapasos
- Embarazo
- Tratamiento con radiación
- Artritis reumatoide
- Trastornos convulsivos
- Trastornos de estómago
- Problemas de tiroide
- Tuberculosis

- Consumo de cafeína
- Alergias a**
 - látex
 - nueces
 - comida
 - analgésicos
 - metales
 - otros _____
- Medicaciones** — Escriba los medicamentos que consume regularmente y en qué dosis.

- Cirugías** — Escríbalas e indique las fechas aproximadas en las que las tuvo

- Asma** — Los factores que suelen desencadenar el asma

- Carga un inhalador

- Enfermedad de las encías/ sangrado de encías
- Sensibilidad/Dientes sensibles
- Dolor e inflamación de mandibular (TMJ/TMD)
- Dificultades del habla
- Dificultad masticando la comida
- Se atraganta con facilidad
- Se muerde las uñas
- Respira por la boca
- Rechinamiento de dientes
- Se chupa el pulgar/los labios/ el interior de la mejilla

- Se cepilla los dientes dos veces al día
- Utiliza hilo dental a diario
- Soda/bebidas azucaradas**
 ¿con qué frecuencia las consume?

- Comidas pegajosas**
 ¿con qué frecuencia las consume?

- Comidas azucaradas**
 ¿con qué frecuencia las consume?

- Tabaco**
 ¿qué tipo y con qué frecuencia lo consume?

Para uso de la oficina

Selladores administrados

- 2
- 3
- 14
- 15
- 18
- 19
- 30
- 31

Historial de salud recogido por _____

Iniciales del dentista: _____

Fecha: _____

GIVE KIDS A SMILE- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO



**LEA POR FAVOR EL FORMULARIO A CONTINUACIÓN Y
ESCRIBA SUS INICIALES CON TINTA SI ACCEDE A CADA
UNO DE LOS PUNTOS A SEGUIR**

_____ Autorizo que mi hijo/a sea atendido en el autobús dental 'Give Kids a Smile' de Bethany for Children & Families.

_____ En caso de que el autobús esté aparcado fuera del área escolar, autorizo a Bethany for Children & Families a llevar a mi hijo/a desde su escuela al autobús dental.

_____ Autorizo que mi hijo/a reciba tratamiento de una oficina o clínica dental en caso de que sea necesario hacer un seguimiento.

_____ Autorizo a Bethany for Children & Families a llevar a mi hijo/a a citas dentales como parte del seguimiento en caso de yo no poder, o de no disponer de transporte. El transporte se organizará caso por caso.

_____ De necesitar un especialista – pedodontista (médico dentista pediatra), endodontista (para endodoncias), cirujanos maxilofaciales (para extracciones dentales), periodoncista (para enfermedades de las encías), u ortodoncista (para ortodoncias) – yo mismo/a llevaré a mi hijo/a a la cita correspondiente.

_____ Autorizo que los proovedores de salud lleven a cabo auditorías y regresen a la escuela de mi hijo/a para reevaluar su estado, y examinar sus selladores, o de ser necesario, volver a hacerlos.

Firma del padre / madre o tutor legal

Fecha

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE 'GIVE KIDS A SMILE'

Yo, el padre/madre o tutor legal, he recibido el aviso de privacidad del programa 'Give Kids a Smile'

Firma del padre / madre o tutor legal

Fecha

Este consentimiento es válido hasta un año después de la fecha en que se firmó.

Para uso de la oficina

Intentamos obtener confirmación por escrito de su recibo del Aviso de Prácticas de privacidad, pero no pudo obtenerse la firma del cliente porque ...

- Se negó a firmar
- Barreras de comunicación impidieron obtener la autorización
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la autorización
- Otros _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE EMPLEARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. ROGAMOS LEA CON ATENCIÓN. LA PRIVACIDAD DE SU HISTORIAL MÉDICO ES NUESTRA PRIORIDAD.

OBLIGACIÓN LEGAL

Los dentistas participantes en el programa 'Give Kids a Smile' podrían estar obligados a mantener su privacidad en base a la legislación estatal y federal. En el programa 'Give Kids a smile' la protección de la privacidad del paciente es importante. Este aviso resume las responsabilidades legales y prácticas de privacidad del paciente en el programa 'Give Kids a Smile', así como sus derechos como paciente. Este aviso es aplicable a toda la información de salud recogida como parte del programa 'Give Kids a Smile' y se mantendrá activa hasta registrarse algún cambio.

Como paciente, puede pedir una copia de este documento en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para pedir copias adicionales del presente documento, comuníquese con Bethany en el teléfono (309) 797-7700.

USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Bethany for Children & Families puede usar y divulgar información sobre su salud como parte de servicios de tratamiento. Por ejemplo, podríamos compartir su historial de salud con otro dentista, médico, o proveedor de salud encargado/a de su tratamiento.

Su autorización: Solo podemos usar o divulgar información sobre su salud si nos entrega una autorización por escrito, o en el caso de las excepciones incluidas en el presente documento. Puede anular la autorización por escrito en cualquier momento, aplicándose de nuevo las normativas de privacidad aquí delineadas.

Para sus amigos y familiares: Tenemos la obligación de compartir con usted toda la información relativa a su salud, según lo estipulado en la sección a seguir sobre los derechos del paciente. Podríamos compartir información sobre su salud con un familiar, amistad o cualquier persona involucrada en su salud, en la medida de lo necesario, y siempre que contribuya a mejorar su tratamiento.

Personas encargadas de su cuidado: Usaremos nuestro criterio y experiencia profesionales para inferir la necesidad de compartir información sobre su salud con una tercera persona, incluyendo aquellas personas encargadas de recogerle recetas médicas, de entregarle material médico, rayos x u otros tipos de servicios similares.

Servicios relativos a la promoción de servicios médicos: No divulgaremos su información médica para propósitos de promoción de servicios médicos sin su consentimiento por escrito.

Exigencias legales: Su información médica podría ser divulgada en caso de exigirnoslo la ley.

Abuso o negligencia: Podríamos compartir información sobre su salud con las autoridades correspondientes de haber razones para creer que es usted víctima de abuso, negligencia, o violencia domestica o la posible victima de otro tipo de crímenes. Podríamos compartir su información médica en estos casos siempre que se considerase necesaria para protegerle contra amenazas serias a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podríamos compartir información sobre la salud de personal del ejército si nos la piden autoridades militares y en circunstancias concretas. Es posible que compartamos la información de pacientes con oficiales federales que la requieran para servicios de inteligencia u otras actividades relativas a la seguridad nacional. En determinadas circunstancias, es posible que compartamos información sobre su salud con instituciones correccionales u oficiales de la ley con custodia legal sobre la información de nuestros pacientes.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a acceder o recibir copias sobre la información relativa a su salud, con limitadas excepciones. Llámenos al (309) 797-7700 para que le facilitemos información sobre el dentista o consultorio donde se archivó su expediente médico.

Registro de divulgación: Tiene derecho a recibir una lista de todos los casos en los que se haya podido compartir información sobre su salud para propósitos ajenos a su tratamiento durante un periodo de seis años anteriores, pero que deben ser posteriores al 14 de abril de 2013.

Restricciones: Tiene derecho a pedir restricciones adicionales en cuanto a la diseminación de información sobre su salud. No estamos obligados a atenernos a estas restricciones, pero de hacerlo, seguiríamos el acuerdo (salvo en situaciones de emergencia).

Vías de comunicación: Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre temas de su salud por medio de otros medios o a otra dirección. Es posible que podamos acomodarnos a peticiones razonables.

Cambios: Tiene derecho a pedir que modifiquemos la información sobre su salud. Deberá formular una petición por escrito, donde explica la razón del cambio. Podría haber circunstancias en las que se deniegue la petición.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o si tiene preguntas o inquietudes, rogamos se comunique con nosotros en el teléfono (309) 797-7700. Si le preocupa que hayamos violado su derecho a la privacidad, o para expresar su desacuerdo ante alguna decisión que hayamos tomado en lo relativo a su expediente médico, o si necesita que nos comuniquemos con usted por algún otro medio o dirección, rogamos se comunique con nosotros al (309) 797-7700. Puede también entregar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services). Le facilitaremos la dirección donde debe dirigir su queja en el momento que la pida. Apoyamos su derecho a la privacidad sobre información relativa a su salud. No habrá ninguna represalia contra usted de optar por formular una queja, sea con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.