



# THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL AT NO COST\* TO YOU!

*Taking care of your child's teeth is important to keep them healthy.*  
**Please complete, sign & return to your teacher in 2 days**  
**Includes initial dental care & follow-up visits!**

**1. ABOUT YOUR CHILD** If your child already sees a dentist regularly, continue to go to that dentist.

School or Program Name \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_  
 Teacher \_\_\_\_\_ Room # \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ AM/PM  
 Child's Legal Name \_\_\_\_\_ Child's Date of Birth \_\_\_\_\_ Male/Female  
(circle one)  
 Child's Social Security Number \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_  
(PRINT CLEARLY & SIGN BELOW)  
 Address \_\_\_\_\_ City/Zip \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Phone ( ) \_\_\_\_\_ Alt. Phone ( ) \_\_\_\_\_

**2. INSURANCE INFORMATION**

**MEDICAID & ALL KIDS COVER 100% OF TREATMENT**

**CHILD HAS MEDICAID/ALL KIDS**  
 Enter Child's 9-digit Medicaid Recipient ID Number HERE:           
\*If your child is insured by Medicaid or All Kids

Circle one of the following:  
 DENTAQUEST: Aetna, BCBS, Cigna, Humana, IlliniCare AVESIS: Molina LIBERTY: Harmon, Meridian, Family Health Network

**CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE**  
 Ins. Company name (other than Medicaid) \_\_\_\_\_ Ins. Phone \_\_\_\_\_  
 Group # \_\_\_\_\_ Employer name \_\_\_\_\_ Co. phone \_\_\_\_\_  
 Name of Insured Adult \_\_\_\_\_ **BIRTH DATE of Insured Adult** \_\_\_\_\_  
 Member ID/Policy # \_\_\_\_\_ Social Security # of insured adult \_\_\_\_\_

**CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE** If paying for services, please make check or money order payable to Smile Illinois & staple to this form.  
 I am able to pay the full fee of **\$137.00** for a dental cleaning, screening, fluoride and sealants per visit.  
 I certify that I need to pay **\$67.00** for a subsidized service because I am unable to pay the full fee. It will cover dental cleaning, screening, fluoride and sealants per visit.

**3. CHILD'S MEDICAL HISTORY** Notify us of any medical history changes.

**CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD**

<input type="checkbox"/> Allergies (list below)	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Latex Allergy	<input type="checkbox"/> Heart Murmur (requiring pre-medication)
<input type="checkbox"/> Hemophilia	<input type="checkbox"/> Blood Disorders	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Heart Murmur (NOT requiring pre-medication)
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis	<input type="checkbox"/> Growth Problems	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Thyroid <input type="checkbox"/> Ear aches <input type="checkbox"/> Tobacco/drug use
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Pregnancy (teens)	<input type="checkbox"/> Speech difficulties <input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> Shunts or artificial joints	<input type="checkbox"/> Kidney Problems	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Heart Valve replacement	<input type="checkbox"/> Other (explain below)

What type of water does your child drink?  City water  Well water  Bottled water  Filtered water  
 List allergies \_\_\_\_\_ Name/phone # of child's physician \_\_\_\_\_

Use space below to provide additional details on your child's health, including antibiotic pre-medication requirements. List current medications.  
 Attach another page as needed. \_\_\_\_\_

**4. READ AND SIGN BELOW**

I request that the dentist perform preventive dental care on my child which includes exam, cleaning, fluoride, and sealants as needed. This permission includes future dental visits. This also gives permission for IDPH quality assurance audits to be performed & providers to return to my child's school to recheck my child's sealants. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS FORM and understand and agree to its terms.

OFFICE USE ONLY	
	exam
	prophy
	fluoride
	sealants
	screening

**SIGN & DATE HERE**

**QUESTIONS: 1-888-833-8441 Fax: 1-888-330-4331 Visit us at: [mobiledentists.com](http://mobiledentists.com) Dentist's initials \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_**



# IMPORTANT NOTICE & CONSENT / AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

I understand and authorize Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam, teeth cleaning, fluoride treatment, & dental sealants. While it is unlikely your child could be harmed by preventive dental care, in rare cases, the products we use may cause allergic reaction. (For additional information regarding the benefits and risks of preventive dental care, please call the number provided.) I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payor. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Treatment by the in-school dentist may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, reply "STOP" to any message received from us. You also agree to receive pre-recorded and/or auto-dialed telephone calls relating to the school dental program at the land-line and/or mobile telephone numbers provided on this consent form. I have received the Notice of Privacy Practices (NPP) attached to this form and consent to the release of my child's medical record information, including records obtained from other providers, and any HIV/AIDS, communicable disease, sexually transmitted disease, drug and alcohol, and anemia information. I authorize release of such information by Provider to any responsible payor and/or administrative service provider and their subcontractors for use and disclosure relating to my child's treatment, payment for services and health care operation purposes. This signed consent authorizes my child's initial and future dental visits. I may withdraw this consent at any time in writing.

Entiendo y autorizo a Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño(a) mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, y sellantes. A pesar de que no es probable de que su niño(a) sea dañado durante los cuidados dentales preventivos, en raras ocasiones, los productos que utilizamos pudieran causar una reacción alérgica. (Para más información sobre los beneficios y los riesgos del cuidado dental preventivo, por favor llame al número proporcionada.) Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, seré facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. El tratamiento realizado por el dentista escolar pudiera afectar los beneficios de su niño en un futuro bajo su cobertura privada, Medicaid o CHIP. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. En ocasiones podremos mandarle un texto sobre el programa dental escolar. Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para discontinuar, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefónicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporciono en esta forma de consentimiento. He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento para la divulgación de la información y/o expediente médico de mi hijo(a), incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo(a), pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

## KEEP FOR YOUR RECORDS

ELLIOT P. SCHLANG, DDS – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

General Dentists - James Adams, DDS, Susan Ash, DDS, Kathleen Barto, DDS, Inderjit Bawa, DDS, Charles Boswell, DDS, Mark Chicoine, DDS, Steven Collins, DDS, Randall Esbrook, DDS, Beverly Hadley, DDS, Michael Henry, DDS, Jada Johnson-Speller, DDS, Charles Kneeder, DMD, Nolan Lathrop, DMD, Theodore Mayer, DDS, Yvonne McLeod, DDS, Cynthia Michalik, DDS, Celia Mimms, DDS, Angelo Panos, DDS, Richard Pena, DDS, Solomon Pesis, DDS, Rita Philip, DDS, Karen Schichtel, DDS, Kaushik Shah, DDS, Larry Shapiro, DMD, Thomas Sotiropoulos, DDS, Herbert Weinfield, DDS

### NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. KEEP FOR YOUR RECORDS

#### OUR LEGAL DUTY

The privacy of your medical information is important to us. We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. We will notify you if your unsecured medical information is breached.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available upon request.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

#### USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

**Treatment:** We may use or disclose your health information to a physician, school nurse, or other healthcare provider providing treatment to you.

**Payment:** We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

**Healthcare Operations:** We may use and disclose your health information in connection with our business operations such as reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals and evaluating practitioner and provider performance.

**Your Authorization:** Uses or disclosures not otherwise described in this Notice may be made only with your written authorization. In addition, we must obtain your written authorization to sell your medical information or to use or disclose your information for marketing goods or services to you where we are paid to make the communication. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

**To Your Family and Friends and Persons Involved in Your Care:** We may disclose your health information to a family member, friend or other person involved in your care to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare. We may also disclose your medical information to disaster relief organizations to help locate individuals during a disaster. We may also use or disclose your medical information to notify, or assist in the notification, of a family member, a personal representative or a person responsible for your care of your location, general condition or death. If you do not want us to disclose your medical information to family members or others in these circumstances, please notify our HIPAA Officer at 623-434-9343 x1152

**Required by Law:** We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

**Public Safety:** We may need to disclose medical information to law enforcement officials, such as in response to a search warrant or a grand jury subpoena, or to assist law enforcement officials in identifying or locating an individual, to report deaths that may have resulted from criminal conduct, and to report criminal conduct on our premises.

**Abuse or Neglect:** We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

**National Security:** We may disclose your medical information to military authorities of Armed Forces or foreign military personnel under certain circumstances; to authorized federal officials for lawful intelligence, counterintelligence, or other national security activities, and to protect the president; and to a correctional institution or law enforcement official having lawful custody of an inmate or patient under certain circumstances.

**Appointment Reminders:** We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, letters, emails or text messages).

**Health Oversight Activities:** We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure surveys. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, the outbreak of disease, government programs, compliance with civil rights laws and to improve patient outcomes.

**Lawsuits and Disputes:** We may disclose health information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process.

**Other Uses and Disclosures.** As permitted or required by law, we may use or disclose your medical information for research purposes; to organizations that handle and monitor organ donation and transplantation; for workers' compensation or similar programs to comply with laws related to workers' compensation or similar programs that provide benefits for work-related injuries or illness; for public health activities such as to prevent or control disease, injury or disability; to report reactions to medications or problems with products; to notify people of recalls of products they may be using; to notify a person who may have been exposed to, or is at risk for contracting or spreading, a disease; to medical examiners to identify a deceased person or determine cause of death; or to funeral directors to carry out their duties.

#### PATIENT RIGHTS

**Access:** You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make a request in writing to obtain access to your health information and fax your request to the number at the end of this Notice.

**Disclosure Accounting:** You have the right to receive a list of some disclosures we or our business associates have made of your health information. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.

**Restriction:** You have the right to request that we restrict our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to your request except when disclosure would be to your health plan, you (or someone on your behalf other than your health plan) has paid in full for your health care, the disclosure relates to payment or health care operations, and the disclosure is not otherwise required by law. If we agree to the restriction, however, we will abide by that agreement (except in an emergency).

**Alternative Communication:** You have the right to request in writing that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations specified in your written request.

**Amendment:** You have the right to request that we amend your health information. Your request must be in writing and must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances.

**Electronic Notice:** If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form upon request.

#### QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. If you are concerned that we may have violated your privacy rights, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact Officer: HIPAA Officer

Phone: 623-434-9343 x1152

email: hipaaofficer@smileprograms.com

Effective Date: August 1, 2013



# ¡EL DENTISTA VIENE A LA ESCUELA SIN NINGÚN COSTO\* PARA USTED!

Cuidar de los dientes de su niño(a) es importante para mantenerlos sanos

Por favor llene, firme y regrese a su maestro(a) en 2 días

¡Incluye atención dental inicial y visitas de seguimiento!

## 1. DIGANOS ACERCA DE SU NIÑO(A) Si su hijo(a) ya visita un dentista regularmente, continúe con ese dentista.

Escuela o Nombre del Programa \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Profesor \_\_\_\_\_ # de Salón \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ AM/PM \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer  
(circule uno)

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

ESCRIBA CLARO Y FIRME ABAJO)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Alt. ( ) \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DEL SEGURO

## MEDICAID Y ALL KIDS CUBREN 100% DEL TRATAMIENTO

NIÑO(A) TIENE MEDICAID/ALL KIDS

Circule uno de los siguientes:

DENTAQUEST: Aetna, BCBS, Cigna, Humana, IlliniCare AVESIS: Molina LIBERTY: Harmon, Meridian, Family Health Network

Llene los 9-dígitos de Medicaid del Niño(a) AQUÍ →

--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*Si su hijo(a) está asegurado por Medicaid o All Kids.

NIÑO(A) TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de la Comp. de Seguro (aparte de Medicaid) \_\_\_\_\_ Tel. del Seg. \_\_\_\_\_

# Grupo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Tel. del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Adulto Asegurado \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO del adulto Asegurado \_\_\_\_\_

# Póliza/ID \_\_\_\_\_ Seguro Social del Adulto Asegurado \_\_\_\_\_

NIÑO(A) NO TIENE SEGURO DENTAL Si va a pagar por los servicios, por favor haga su cheque o giro postal a Smile Illinois y engrápelo a esta forma.

Puedo pagar el costo completo de \$137.00 por visita por la limpieza, revisión, fluoruro y sellantes.

Certifico que necesito pagar \$67.00 por servicios subsidiados por que no puedo pagar el costo completo. Cubrirá en cada visita la limpieza, revisión, fluoruro y sellantes.

## 3. HISTORIA MEDICA DEL NIÑO(A)

Notifiquenos de cualquier cambio en el historial medico.

UNICAMENTE SELECCIONE LA CONDICION(ES) QUE APLIQUE(N).

- |                                                               |                                                   |                                                   |                                                           |                                                                            |                                              |                                                 |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias (liste abajo)               | <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Alergia al látex                 | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón (Requiere pre-medicamento)    |                                              |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia                            | <input type="checkbox"/> Problemas de sangre      | <input type="checkbox"/> Hepatitis                | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                         | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón (NO requiere pre-medicamento) |                                              |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia                               | <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica        | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento | <input type="checkbox"/> Problemas de los oídos           | <input type="checkbox"/> Tiroides                                          | <input type="checkbox"/> Dolor de oídos      | <input type="checkbox"/> Uso de drogas o tabaco |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                               | <input type="checkbox"/> Desmayos                 | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral       | <input type="checkbox"/> Embarazo de Adolescencia         | <input type="checkbox"/> Dificultades de habla                             | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Derivación o coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula del corazón | <input type="checkbox"/> Otro (explique abajo)                             |                                              |                                                 |

Que tipo de agua toma su niño(a)?  Agua de la ciudad  Poso  Embotellada  Agua filtrada

Liste Alergias \_\_\_\_\_ Nombre/# de Teléfono del Doctor \_\_\_\_\_

Use el espacio de abajo para darnos información adicional sobre la salud de su niño(a), incluyendo cualquier tratamiento que este recibiendo, alguna otra enfermedad de significado, uso de alcohol o tabaco (incluyendo el que no se fuma). Liste todos los medicamentos que esta tomando. Adhiera otra página si es necesario.

## 4. LEA Y FIRME ABAJO

Solicito que el dentista realice una revisión de cuidado dental preventivo a mi hijo(a) la cual cubrirá el examen dental, limpieza, fluoruro, y sellantes como sea necesario. Este permiso incluye visitas al dentista en el futuro. Este formulario también da permiso a realizar auditorías de garantía de calidad por IDPH y que nuestros proveedores vuelvan a la escuela de su niño para revisar sus sellantes. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

**FIRME Y FECHA AQUÍ**

FECHA

OFFICE USE ONLY	
	exam
	prophy
	fluoride
	sealants
	screening

IL-PREVE-008-V5-PDF

Preguntas: 1-888-833-8441 Fax: 1-888-330-4331 Visitenos en: [mobiiledentists.com](http://mobiiledentists.com)

Para su privacidad doble y asegure.

Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C., General Dentist & Dental Director, 8770 W. Bryn Mawr Ave., Suite 1300, Chicago, IL 60631

©Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C., 2015



# IMPORTANT NOTICE & CONSENT / AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

I understand and authorize Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam, teeth cleaning, fluoride treatment, & dental sealants. While it is unlikely your child could be harmed by preventive dental care, in rare cases, the products we use may cause allergic reaction. (For additional information regarding the benefits and risks of preventive dental care, please call the number provided.) I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payor. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Treatment by the in-school dentist may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, reply "STOP" to any message received from us. You also agree to receive pre-recorded and/or auto-dialed telephone calls relating to the school dental program at the land-line and/or mobile telephone numbers provided on this consent form. I have received the Notice of Privacy Practices (NPP) attached to this form and consent to the release of my child's medical record information, including records obtained from other providers, and any HIV/AIDS, communicable disease, sexually transmitted disease, drug and alcohol, and anemia information. I authorize release of such information by Provider to any responsible payor and/or administrative service provider and their subcontractors for use and disclosure relating to my child's treatment, payment for services and health care operation purposes. This signed consent authorizes my child's initial and future dental visits. I may withdraw this consent at any time in writing.

Entiendo y autorizo a Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño(a) mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, y sellantes. A pesar de que no es probable de que su niño(a) sea dañado durante los cuidados dentales preventivos, en raras ocasiones, los productos que utilizamos pudieran causar una reacción alérgica. (Para más información sobre los beneficios y los riesgos del cuidado dental preventivo, por favor llame al número proporcionada.) Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, seré facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. El tratamiento realizado por el dentista escolar pudiera afectar los beneficios de su niño en un futuro bajo su cobertura privada, Medicaid o CHIP. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. En ocasiones podremos mandar un texto sobre el programa dental escolar. Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para descontinuar, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefónicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporciona en esta forma de consentimiento. He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento para la divulgación de la información y/o expediente médico de mi hijo(a), incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo(a), pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

## MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

ELLIOT P. SCHLANG, DDS – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

General Dentists - James Adams, DDS, Susan Ash, DDS, Kathleen Barto, DDS, Inderjit Bawa, DDS, Charles Boswell, DDS, Mark Chicoine, DDS, Steven Collins, DDS, Randall Esbrook, DDS, Beverly Hadley, DDS, Michael Henry, DDS, Jada Johnson-Speller, DDS, Charles Kneedler, DMD, Nolan Lathrop, DMD, Theodore Mayer, DDS, Yvonne McLeod, DDS, Cynthia Michalik, DDS, Celia Mimms, DDS, Angelo Panos, DDS, Richard Pena, DDS, Solomon Pesis, DDS, Rita Philip, DDS, Karen Schichtel, DDS, Kaushik Shah, DDS, Larry Shapiro, DMD, Thomas Sotriropoulos, DDS, Herbert Weinfeld, DDS

### AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

#### NUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

#### USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela o otro proveedor de salud que le esté proveyendo tratamiento.

**Pagos:** Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

**Su Autorización:** Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

**A Su Familia y Amigos y Personas Involucradas en su Cuidado:** Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 623-434-9343 x1152.

**Requerido por La Ley:** podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

**Seguridad Pública:** Podemos dar información médica a oficiales de la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reportar de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal e informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

**Abuso o Negligencia:** Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

**Seguridad Nacional:** Podemos dar su información médica a las autoridades militares de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero bajo ciertas circunstancias; a funcionarios federales de la ley de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proteger al Presidente; y a un oficial de la ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionar recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

**Actividades de Supervisión de Salud:** Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

**Demandas y Disputas:** Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

**Otros Usos y Revelaciones:** Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que manejan y monitorean la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corre el riesgo de contraer o espantar una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

#### DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

**Contabilidad de Divulgación:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

**Comunicación Alternativa:** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se enmienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

**Aviso Electrónico:** A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

#### PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA

Teléfono: 623-434-9343 x1152

email: hipaaofficer@smileprograms.com

Fecha efectiva: August 1, 2013