

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL 2017-2018

Garden Place Academy Revisión Oral Infantil Enero 29, 30, 31 & Febrero 1, 2018

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

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica recomienda que los niños tengan un tratamiento con barniz de fluoruro hasta cuatro (4) veces al año. Clínica Tepeyac (Tepeyac) ha ofrecido brindar tratamiento con barniz de fluoruro para su hijo este año en el otoño y la primavera, como parte del Programa de atención pediátrica. Al firmar este formulario, se autoriza a Tepeyac a proporcionar hasta dos (2) tratamientos de barniz de fluoruro durante el año escolar 2017-2018, uno en otoño/ invierno y otro en la primavera. Esta atención preventiva no reemplaza un chequeo dental regular.

**No habrá ningún cargo para el padre / representante legalmente autorizado para estos servicios. Tendrá que registrar a su hijo con Clínica Tepeyac en el formulario de registro adjunto.**

- Sí, deseo que mi hijo reciba un examen de salud oral y un tratamiento con barniz de fluoruro.
- No, no quiero que mi hijo reciba un examen de salud oral o un tratamiento con barniz de fluoruro

Mi firma a continuación indica que he revisado, entiendo la información y estoy de acuerdo con los términos y condiciones descritos.

Nombre de Guardian: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Escala de tarifa

Tepeyac evalúa a todos los pacientes para ver si hay disponibilidad de programas y ofrece una escala de tarifa para aquellos pacientes que no tienen seguro. La escala de tarifas variable se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. Al completar la información a continuación, se le dará el descuento por un período de 12 meses.

- Negarse a informar el tamaño y el ingreso de la familia.

Tamaño de Familia	
Ingresos brutos familiares anuales	

### Información del estudiante (Imprima toda la información en tinta)

Nombre completo del estudiante/paciente	Primero:	Segundo:	Apellido:
Fecha de Nacimiento	Mes:	Día:	Año:
Medicaid del alumno/Plan de Seguro medico	Medicaid/Nombre de plan de Seguro médico:		Medicaid/ Plan ID#:
	<input type="checkbox"/> No tiene seguro medico		
Sexo del Paciente	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina	
Dirección de casa			
Ciudad/Código Postal	Ciudad:	Código Postal:	
Número de teléfono preferido	( ) _____ - _____		
Lenguaje principal del estudiante	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro
Guardián / Nombre del padre	Primero:	Segundo:	Apellido:
Rasa de Estudiante	<input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanca
	<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hispano
	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/Proveniente de las islas del Pacifico		<input type="checkbox"/> No reportado/ rechazo reportar
	<input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano		<input type="checkbox"/> Otro
Etnicidad de Estudiante	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Niego a reportar
Tu hijo/a visita al dentista con regularidad y/o está tu niño/a bajo el cuidado de un dentista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si están bajo el cuidado de un dentista, porfavor provee el nombre del denista: _____			
Fecha de última cita: _____			
¿Quién es el doctor de cuidado general de tu niño/a?: _____			

## Alergias

- Si  No Su hijo tiene alguna alergia a la comida o los medicamentos?  
 Si  No Tiene su hijo alguna alergia a los piñones o colofonia (colofonio)?  
 Si  No Alguna vez su hijo ha tenido una reacción al látex?  
 Si  No Su hijo tiene algún problema cardíaco?

## Consentimiento para Servicios de Salud / Tratamiento

Entiendo que se me notificará sobre cualquier servicio que reciba mi hijo, así como sobre cualquier hallazgo anormal y / o recomendaciones de tratamiento adicionales. Doy permiso para que mi hijo obtenga exámenes dentales y barniz de fluoruro en el sitio escolar. También entiendo que debo contactar a la enfermera de la escuela si tengo preguntas sobre cualquier cuidado o instrucciones de seguimiento necesarios. Entiendo que este consentimiento seguirá siendo válido durante el año académico 2017-2018, 12 meses, a menos que lo revoque. Puedo revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento al solicitar por escrito que se elimine a mi hijo de recibir evaluaciones o servicios de salud oral. Es mi responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela de todas las actualizaciones o cambios en las condiciones de salud de mi hijo, registros de vacunación, medicamentos o cobertura de seguro. Doy permiso para que Medicaid o CHP+ se facturen por los servicios anteriores. Me doy cuenta de que puedo llevar a mi hijo a otro dentista en cualquier momento. Entiendo que este examen y el tratamiento con barniz de fluoruro son tratamientos preventivos, y aún se pueden formar caries sin una higiene oral adecuada y atención de rutina. El cuidado dental será realizado por un higienista de Tepeyac.

## Prácticas de privacidad y autorización para divulgar información

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA: el aviso brinda información sobre el uso de su información y sus derechos de salud. El aviso describe cuándo divulgaremos su información de salud con o sin su consentimiento. Entiendo que el aviso completo está disponible a pedido. También puedo ver los avisos en línea en: [www.clinicatepeyac.org](http://www.clinicatepeyac.org).

**Autorización para divulgar información:** autorizo a Tepeyac a intercambiar información con la(s) enfermera(s) escolar(es) de la escuela primaria Swansea, consejero(s) escolar(es) y/o trabajador(s) social(es) escolar(es) con el exclusivo propósito de tratamiento o coordinación de atención. Los registros de mi hijo están protegidos y solo pueden acceder a ellos usuarios autorizados con acceso restringido. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante el año académico 2017-2018, 12 meses, a menos que yo la revoque. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al proporcionar un aviso por escrito de mi intento de revocar los exámenes / servicios de salud oral.

También entiendo que la información personal de mi hijo se mantendrá confidencial y no se compartirá con ninguna persona que no esté directamente involucrada en el cuidado de mi hijo. También entiendo que tendría que firmar un comunicado para que la información se comparta con cualquier persona que no esté directamente relacionada con la Clínica Tepeyac o la escuela como parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). También entiendo que tendría que firmar un comunicado para obtener información sobre los registros de educación de los alumnos de mi hijo con cualquier persona que no esté directamente relacionada con la Clínica Tepeyac o la escuela como parte de la Ley de privacidad y derechos educativos de la familia (FERPA). **Entiendo que este examen y el tratamiento con barniz de fluoruro son tratamientos preventivos, y aún se pueden formar caries sin una higiene oral adecuada y atención de rutina.**

## Prácticas de privacidad y autorización para divulgar información

Verifique qué compañía de seguros cubre a su hijo o firme a continuación si no cree que su hijo tiene seguro. Algunas evaluaciones orales de salud se brindan sin costo a las familias ya sea que el estudiante tenga o no tenga seguro o la posibilidad de pagar.

- Health First Colorado (Medicaid)  Child Health Plan Plus (CHP+) # De Plan: \_\_\_\_\_  
 El estudiante no tiene seguro de salud.  Plan de Seguro Privado (diferente de Medicaid) : \_\_\_\_\_

Es muy importante que todos tengan un proveedor de servicios de salud que los visite con regularidad tanto para enfermedad como para visitas regulares. Clínica Tepeyac quiere ayudarlo a encontrar un hogar médico para todas sus necesidades de atención primaria. La Clínica Tepeyac se enorgullece de servir a la comunidad y proporcionar atención médica de calidad a todos los pacientes necesitados, independientemente de dónde vivan, su estado de ingresos (capacidad de pago) o su plan de seguro. Nuestros cargos y tarifas se basan en los ingresos.

Su familia será registrada en nuestro sistema y elegible para recibir servicios. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con Clínica Tepeyac al (303) 458-5302 para hablar con un miembro del equipo.