

Estudiante: _____ # de ID _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Grado: _____ Salón: _____



Servicios de Salud
Programa Dental
501 7th Street, 7th Floor
Rockford, IL 61104
(815) 966-3166

PARA RECIBIR SERVICIOS DE CUIDADOS DENTAL MEDIANTE EL PROGRAMA DENTAL DE RPS205

Si desea que las Escuelas Públicas de Rockford hagan arreglos para este cuidado de reconstrucción dental, simplemente **llene y firme los formularios adjuntos**; luego, devuélvalos a la escuela de su niño(a). Para aquellos pacientes que tienen Medicaid o All-Kids, se realizará el trabajo dental sin costo. Para aquellos que no tienen seguro o que tienen seguro privado, los copagos y deducibles pueden aplicar, pero *nos comunicaremos con usted y le notificaremos de esto antes de que se realice cualquier trabajo*.

- Formulario del historial médico y dental: Este formulario enumera cualquier detalle que el dentista necesite saber antes de realizar el trabajo necesario para su niño(a).
- Formulario de consentimiento e inscripción: Permite que RPS205 programe y proporcione los servicios que su niño(a) necesita.
- Formulario de consentimiento y renuncia: Nos permite transportar a su niño(a) a la oficina del dentista y de regreso.

Todas las tres páginas deben ser firmadas para que este consentimiento sea válido. Después de llenar y devolver estos formularios a la enfermera de la escuela de su niño(a), haremos los arreglos para los cuidados necesarios. Se transportará a los estudiantes para los cuidados a cualquiera de los siguientes: *Dr. Oates Dental, Park City Dental o Crusader Community Health*. Una nota se enviará a casa con su niño(a) un par de días antes de la fecha de su cita para notificarle del día, hora y lugar de la cita. Un representante del distrito escolar los acompañará en todo el proceso para asegurar su seguridad y bienestar. Le invitamos a encontrarse con su niño(a) en la oficina dental el día en que se realice la cita.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor llámenos al (815) 489-7380 durante las horas normales de oficina. Esperamos con interés ayudar a su niño(a) a ser un estudiante lo más exitoso posible.

Atentamente,

RPS205 Servicios de salud

Los servicios de reconstrucción dental mediante el programa dental de RPS205 se proveen mediante los siguientes:



555 N. Court St., Suite 100
Rockford, IL 61103
(815)708-6556



3957 N. Mulford Rd., Suite 1
Rockford, IL 61114
(815)637-6400



1100 Broadway, Rockford, IL 61104
1200 W. State St., Rockford, IL 61102
6115 N. 2nd St., Loves Park, IL 61111
1002 N. Pierpont Av., Rockford, IL 61101
(815)490-1374/(815)490-1428

Comunicado de Privatización para proteger Información Médica o de la Salud Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revíselo con cuidado.**

Sus derechos. Usted cuenta con los siguientes derechos: Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico. Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.

Solicitar comunicación confidencial.

Pedirnos que limitemos la información que compartimos. Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información. Obtener una copia de esta notificación de privacidad. Elegir a alguien que actúe en su nombre. Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones. Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal. Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe. Lo incluimos en un directorio hospitalario. Proporcionamos atención médica mental. Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información. Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones. Podemos utilizar y compartir su información cuando: Lo atendemos.

Dirigimos nuestra organización. Facturamos por sus servicios. Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública. Realizamos investigaciones médicas. Cumplimos con la ley. Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos. Trabajamos con un médico forense o director funerario. Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales. Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos. Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo. Solicitarnos que corriamos su historial médico Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos 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. Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables. Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos Puede solicitarnos que no utilizemos 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. Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

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 violaron sus derechos. Si considera que hemos violado 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, 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 abajo, 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 su

atención. Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Incluamos su información en un directorio hospitalario. 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 mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia. En el caso de recaudación de fondos: Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

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. Tratamiento Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios. ¿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. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

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 Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario. 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. Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

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 oficina, y en nuestro sitio web.

PROVEEDORES (para comunicarse con su Oficial de Privacidad)

Orland Park Dental Services: 809 W. Detweiller Dr., Suite 805A, Peoria, IL 61615. (309)692-1320. Fax (309)692-1355. & Crusader Community Health: 1100 Broadway, Rockford, IL 61104. (815)490-1600. Fax (815)963-4843 (SCHOOLS: Auburn, Conklin, East, Ellis, Kennedy, Lewis Lemon, Lincoln, McIntosh, Nelson, Rolling Green, Spring Creek, Washington, West, Wilson Aspire)

Onsite Dental Services/Park City Dental: 555 N. Court St., Suite 100, Rockford, IL 61103. (815)708-6556. Fax (815)708-6477. (SCHOOLS: Barbour, Beyer, Dennis, Flinn, Froberg, Hillman, Jefferson, King, Kishwaukee, Lathrop, Nashold, RESA, Riverdahl, Roosevelt, Summerdale, Whitehead)

Dr. Oates Dental: 3957 N. Mulford Rd., Rockford, IL 61114. (815)637-6400. Fax (815)637-6477. (SCHOOLS: Bloom, Brookview, Carlson, Cherry Valley, Eisenhower, Fairview, Gregory, Guilford, Haskell, Johnson, Marshall E.S., Marshall M.S., Montessori, Welsh, West View)

Formulario de Historial Médico y Dental

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Número de estudiante: _____
 Nombre del médico _____ Dirección _____ Teléfono _____
 Fecha de su última visita médica _____ Motivo de la visita médica _____

1. ¿En la actualidad el paciente esta bajo el cuidado de un médico? Sí No Motivo _____
 2. ¿El paciente esta bajo algún medicamento? Sí No

Si contestó "sí", por favor mencione los medicamentos:

a.	Motivo
b.	Motivo
c.	Motivo

3. ¿El paciente es alérgico a la penicilina? Sí No
 4. ¿El paciente es alérgico a otros medicamentos? Sí No
 Si contestó "sí", favor de indicar el medicamento y reacción: _____

5. MUJERES: ¿Hay alguna posibilidad de que la paciente esté embarazada? Sí No
 Si contestó "sí", ¿cuántos meses? _____ Toma pastillas anticonceptivas Sí No

6. ¿El paciente tuvo o tiene alguno de estos problemas medicos? Sí No Comentarios

Enfermedad del corazón, soplo cardiaco o cirugía del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas/Trastornos de sangrado o coagulación de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (problemas de azúcar en la sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia o rasgo de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis u otros problemas del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma o problemas al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer, leucemia u otro tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Defectos de nacimiento o genéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIH o SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dependencia de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recibió tratamiento con esteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad intelectual del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de cigarrillos o tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. ¿El paciente tuvo en el pasado, o padece en la actualidad, una condición médica no mencionada arriba?
 Sí No Si contestó "sí", ¿cuál es la condición médica? _____
 8. ¿Ha recomendado el médico del paciente alguna precaución especial para el tratamiento dental?
 Sí No Si contestó "sí", ¿qué precauciones? _____
 9. Indique si el paciente tiene: Ceguera Problemas de audición Problemas del habla

Historia Dental del Paciente

1. Motivo para solicitar atención dental para el paciente: _____

2. ¿El paciente ha visitado a un dentista anteriormente? Sí No Si contestó "sí," dentista _____

3. ¿El paciente tuvo alguna vez cualquiera de estos problemas? Sí No Comentarios

Lesión en la boca o en los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de dientes o absceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. ¿El paciente tiene cualquiera de estos hábitos? Sí No Comentarios

Chuparse los dedos, el pulgar o un chupón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respirar por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. ¿Su hijo(a) toma algún suplemento de fluoruro? Sí No

6. ¿Cree que el paciente tiene el cuidado dental adecuado a diario? Sí No

7. ¿Qué tipo de agua toma el paciente? Agua de la llave Agua de pozo Agua embotellada

8. ¿Qué otra información dental deberíamos saber? _____

Certifico que he leído y entendido las preguntas de arriba. Hasta donde yo sé, la información de arriba es correcta. No responsabilizaré al dentista o dentistas encargados del tratamiento ni a ningún miembro del personal dental por cualquier error u omisión que yo pueda haber cometido al llenar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar al dentista de mi hijo(a) cuando haya un cambio en la condición médica de mi hijo(a) o cuando haya un cambio en las respuestas a cualquiera de las preguntas de arriba.

Persona que llena este formulario: _____ Firma: _____

Parentesco con el Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

¿Numero de teléfono donde podemos llamar durante el día? _____

¿Tiene usted responsabilidad legal sobre el paciente? _____

(Si la respuesta es no, nosotros necesitamos un consentimiento por escrito o legal de la persona o institución a cargo.)



oatesdental.com
(815)637-6400

onsite-dental-services.com
(815)708-6556

crusaderhealth.org
(815)490-1374/(815)490-1428

parkcitydental.com
(815)708-6556

Estudiante: _____ # de ID _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Grado: _____ Salón: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y INSCRIPCIÓN

Este formulario sirve para obtener su consentimiento para el tratamiento dental o la cirugía oral. Favor de leer este formulario con mucha atención y preguntarnos sobre cualquier cosa que no entienda. El dentista o cualquiera en el departamento dental se lo explicaran con gusto. Gracias.

Nombre del paciente _____ Nombre del tutor legal _____
Dirección _____ [] MARCAR SI ES LA MISMA Dirección _____
Ciudad _____, IL, C.P. _____ Ciudad _____, IL, C.P. _____
Correo Electrónico: _____
Número(s) de teléfono donde podemos contactarlo(a) durante el día:
Celular _____ Domicilio _____ Trabajo _____

Medicaid: No. de identificación de 9 o 11 dígitos para beneficiarios de Medicaid _____
Si tiene seguro a través de una compañía de seguro privado, favor de llenar esta sección:

Nombre de la compañía de seguro dental privado _____ Número de grupo _____
No. de teléfono de la compañía de seguro _____ No. de identificación de la póliza _____
Dirección para envío de reclamaciones (impresa en la tarjeta) _____
Nombre del titular del seguro que cubre al paciente _____ Nombre del empleador _____
Fecha de nacimiento del adulto asegurado _____ Teléfono de la empresa _____
Número de Seguro Social del adulto asegurado _____

(Si es posible, adjunte fotocopia del frente y reverso de la tarjeta)

Por la presente autorizo el pago de prestaciones dentales por los servicios descritos. Doy mi permiso para que el doctor presente formularios de reclamación de prestaciones de seguro en mi nombre y en representación mía, de mi cónyuge y/o de mi hijo(a) menor de edad. Comprendo que yo podría ser responsable por todo cargo que no cubra el seguro, y estoy de acuerdo en pagarlo. Esto incluye deducibles no satisfechos, servicios no cubiertos, etc.*

*Los pacientes con cobertura de Medicaid no tendrán un copago para los procedimientos cubiertos.

- A. Abajo encontrará un listado de los procedimientos dentales que podría recibir su hijo(a). Antes del examen inicial se elaborará un plan de tratamiento para su hijo(a) que le será explicado a usted. Antes de cada visita le explicaremos el tratamiento específico que recibirá su hijo(a) ese día.
1. **Procedimientos de diagnóstico:** Examinación, radiografías (rayos-x) de dientes y mandíbulas, consultación, fotografías, moldes dentales.
 2. **Limpieza dental:** Removimiento de depósitos blandos y duros en los dientes, y pulido dental con una pasta especial.
 3. **Tratamiento con fluoruro:** Una solución de fluoruro es puesta en los dientes después de la limpieza. El fluoruro fortalece la superficie de los dientes y los ayuda a resistir el deterioro.
 4. **Selladores dentales:** Se aplican selladores plásticos a las ranuras de la superficie de masticar de los molares permanentes para ayudarlos a resistir el deterioro.
 5. **Inyección de anestesia local:** Se usa con cuidado para entumecer los dientes y las áreas próximas antes de ciertos procedimientos dentales como las extracciones y los empastes.
 6. **Óxido de nitrógeno:** Se utiliza para combatir el miedo a los procedimientos odontológicos, y hacer que el paciente se sienta más cómodo. *(Este servicio se ofrece solamente en la oficina de Dr. Oates.)*
 7. **Dique dental de goma:** Una lámina de goma que se usa para aislar cuidadosamente los dientes que necesitan tratamiento dental.
 8. **Empastes/Coronas dentales:** Dependiendo de la cantidad de deterioro y de la ubicación del diente en la boca, podrá hacerse lo siguiente. Diente anterior: empaste/corona de color blanco. Diente posterior o caninos: empaste de amalgama de plata o corona de acero inoxidable.
 9. **Tratamiento de la pulpa (nervio dental) o Endodoncia:** Un procedimiento para salvar los dientes de leche y algunos dientes permanentes que de otro modo se perderían debido a una caries profunda que ha afectado el nervio dental. Se recomienda salvar los dientes de leche que normalmente se espera que permanezcan en la boca por nueve meses o más, ya que proporcionan al paciente una superficie de masticar. Además, los dientes de leche guardan el espacio para los dientes adultos que crecen debajo de ellos.
 10. **Extracción de un diente:** Podrán extraerse los dientes debido a las infecciones, lesiones, o causas ortodoncias, y no pueden salvarse mediante ningún procedimiento dental.

¿Desea que le/la contactemos antes de efectuar extracciones? sí

Si no logramos contactarlo(a) y usted rodeó [sí] con un círculo, no procederemos con el tratamiento ese día.

11. **Mantener el espacio:** Ayuda a mantener el espacio que ocupara el diente permanente previniendo que los dientes de ambos lados se junten y el diente permanente salga amontonado.
12. **Otra:** _____

- B. Las siguientes técnicas de manejo de comportamiento pueden ser usadas para los niños que no cooperen a la hora del tratamiento dental. Favor de notar que estas técnicas serán utilizadas con mucho cuidado y únicamente cuando sea necesario.
1. **Control de Voz:** El control de voz es para controlar alteración del volumen de voz y tono para influenciar y dirigir la conducta del paciente. Se gana la atención del niño(a) usando un tono fuerte de voz, o a la vez cambiando la tonalidad o incrementando el volumen de voz. El contenido de la conversación es de menos importancia que la naturaleza del mandato.
 2. **Restricción Física por la Asistente Dental:** La asistente restringe al niño(a) de no deseados o inesperados movimientos, esto se hace sosteniendo las manos, o estabilizando la cabeza entre el brazo o cuerpo de la asistente, o sujetando al niño(a) firmemente en la silla dental.
 3. **Restricción Física por Asistentes Dentales:** El o los asistentes retiene al niño(a) de no deseados o inesperados movimientos, esto se hace sosteniendo las manos, estabilizando la cabeza, y/o controlando movimientos de las piernas de los niños.
 4. **Soporte Dental:** Un aparato elástico o plástico es colocado en la boca del niño(a) para prevenir el cierre de la boca cuando el niño(a) no quiere abrir su boca o tenga dificultades para mantenerla abierta.
 5. **Silla Pediátrica:** Utilizada sólo en casos especiales. Estos son recursos necesarios para limitar movimientos no deseados de él paciente y en esta manera prevenir daños en la boca cuando el Dentista se encuentre realizando la revisión dental. En este proceso su niño(a) es envuelto y colocado en una silla dental reclinable. Este procedimiento no será utilizado en su niño(a) sin el permiso o aprobación personal de sus padres.
- C. El personal dental me ha explicado en términos generales. Se me han explicado los procedimientos o métodos de tratamiento alternativos, si los hay. También se me han explicado las ventajas, desventajas, riesgos, consecuencias y eficacia probable de cada uno de ellos, así como el pronóstico si no se lleva a cabo el tratamiento.
- D. Se me ha advertido que, si bien se espera que los resultados del tratamiento sean adecuados, no pueden anticiparse con exactitud la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones para cada individuo. Por lo tanto, no puede ofrecerse garantía expresa o implícita ni de los resultados del tratamiento ni de la cura.
- E. **Riesgos y complicaciones:** Aunque no son frecuentes, existen algunos **riesgos y complicaciones** relacionados con los procedimientos dentales o la cirugía oral. Las **complicaciones más comunes** vinculadas al tratamiento de necesidades dentales especiales incluyen la **náusea** tras la administración de **fluoruro tópico** y las **lesiones** si el paciente **se muerde** la **lengua o labio** tras la administración de **anestesia local**. Las **complicaciones menos comunes** incluyen el riesgo de entumecimiento, infección, hinchazón, sangrado prolongado, decoloración de los tejidos, vómitos, reacciones alérgicas, tragar o aspirar tanto material dental como un diente extraído o un tapón de gasa, lesión a la lengua o labios, daño a dientes o empastes existentes y su posible pérdida, lesión a los nervios próximos al área del tratamiento, y la fractura de la raíz de un diente que podría requerir cirugía adicional para extraerlo. **Para los pacientes con ciertas enfermedades del corazón existe el riesgo de endocarditis infecciosa (infección cardíaca) tras ciertos procedimientos dentales.** Por lo tanto, se recetarán antibióticos antes del tratamiento para minimizar los riesgos. Asimismo, entiendo y acepto que las complicaciones podrían requerir tratamiento médico, dental o quirúrgico adicional que podría necesitar la hospitalización.
- F. Por la presente hago constar que he leído y entendido este formulario de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener. Todas las preguntas sobre los procedimientos se han contestado de manera satisfactoria. Entiendo que tengo derecho a recibir respuesta a las preguntas que puedan surgir durante el curso del tratamiento dental de mi niño(a). También entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento al tratamiento en cualquier momento. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo decida anularlo.
- ¿Tiene alguna objeción? ___ No ___ Sí Si contestó "sí", favor de explicar: _____
- G. Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo y solicito a los dentistas del Crusader Community Health, Onsite Dental, Park City Dental y/o Oates Dental, asistidos por el personal dental de su elección, a proporcionarle a mi niño(a) (o menor bajo tutela en cuyo nombre se me autoriza a dar consentimiento) el tratamiento dental o la cirugía oral que se indican. Asimismo, por la presente hago constar que he recibido copia del Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener acerca de este Aviso.
- H. Entiendo que cada proveedor dental solo puede garantizar el trabajo que realizan. Por lo tanto, no responsabilizaré a un proveedor por el trabajo dental realizado por un proveedor diferente.
- Si nuestra oficina comienza el tratamiento para este niño(a) y no puede completarlo dentro del tiempo permitido, es su responsabilidad hacer otros arreglos para el cuidado de este niño(a).**

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Estudiante: _____

Nombre de quien llena el formulario: _____ Firma de quien llena el formulario: _____
(en letra de molde)

Su parentesco con el paciente: _____ Número de teléfono durante el día: _____

¿Tiene usted responsabilidad legal sobre este paciente? ___ Sí ___ No

(Si la respuesta es no, nosotros necesitamos un consentimiento por escrito o legal de la persona o institución a cargo.)



oatesdental.com
(815)637-6400

onsite-dental-services.com
(815)708-6556

crusaderhealth.org
(815)490-1374/(815)490-1428

parkcitydental.com
(815)708-6556

Estudiante: _____ # de ID _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Grado: _____ Salón: _____



Consentimiento para compartir información, confidencialidad y privacidad, asignación de beneficios y para el transporte

El Consejo de Educación de las Escuelas Públicas de Rockford, distrito número 205 (“distrito número 205”) ha hecho arreglos con *Onsite Dental Dental, PC Services/Park City Dental, Dr. Oates Dental, Clínica Crusader* (“organizaciones de servicio”) para proveer servicios dentales a estudiantes elegibles del distrito número 205. Yo entiendo que estoy proporcionando este consentimiento para el propósito de obtener servicios dentales profesionales para mi niño(a) mencionado abajo y para los otros propósitos descritos en este consentimiento. Yo entiendo que este consentimiento solamente cubre los servicios dentales proporcionados por las organizaciones de servicio, y que cada organización de servicio solamente son responsables por los servicios que desempeñan.

Reconocimiento de la renuncia de información

Al firmar este consentimiento, yo autorizo al distrito número 205, las organizaciones de servicio, sus proveedores individuales de servicio y a sus supervisores, a intercambiar y discutir información apropiada pertinente a mi niño(a), únicamente cuando sea necesario para el tratamiento de mi niño(a). Yo autorizo también a que las organizaciones de servicio a comunicarse con el médico principal de mi niño(a) y/o con su dentista.

Contactos de emergencia o cambios en la condición de salud o custodia

Yo entiendo que, como una condición de este consentimiento, si cualquiera de las organizaciones de servicio considera que mi niño(a) es un peligro grave para sí mismo o los demás, entonces las organizaciones de servicio se reservan el derecho de informar ésto a un doctor(a), a otros que pudieran estar en riesgo, a los contactos de emergencia designados y a los servicios apropiados de emergencia. Además, yo estoy de acuerdo que le informaré lo más pronto posible por escrito al personal del *School Based Dental Center* de: 1) cualquier cambio en la salud física o dental de mi niño(a) y 2) cualquier cambio en la custodia o tutoría legal de mi niño(a) que afecte mi capacidad para proporcionar este consentimiento en nombre de mi niño(a).

Nombre del niño(a): (Apellido) _____, (Nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento del niño(a): _____ # de ID estudiantil: _____

Confidencialidad y privacidad

Yo entiendo que las organizaciones de servicio protegerán la privacidad de los registros de salud y educativos de mi niño(a), en la medida requerida por la ley estatal y federal. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto hasta el punto en que cualquiera de las organizaciones de servicio ya hayan tomado acción basándose en mi consentimiento previo) si preparo una declaración por escrito revocando la autorización y la entrego al distrito de Escuelas Públicas de Rockford # 205, Attn: Servicios de salud, 501 7th Street, Rockford, IL 61104.

Asignación de beneficios

Por la presente, yo asigno a las organizaciones de servicio cualquier y todos los pagos a los cuales tengo derecho a través de *Medicaid* o cualquier póliza de seguro sanitario para servicios de atención de salud y dentales prestados a mi niño(a) de cualquiera de las organizaciones de servicio, siempre y cuando el cargo por dichos servicios no exceda de los cargos regulares de la organización de servicio. Además, yo autorizo a cada una de las organizaciones de servicio a facturar y recibir el pago directamente de *Medicaid* o de mi proveedor(es) de seguro, por aquellos servicios que la organización de servicio entregaron y para los cuales puedo tener derecho por la cobertura del seguro. También yo autorizo a las organizaciones de servicio a darle a *Medicaid* o a mi proveedor(es) de seguro, cualquier información necesaria para propósitos de facturación por los servicios prestados para tales periodos de tiempo que mi niño(a) ha recibido o está recibiendo atención primaria de salud o servicios de salud dental.

Acuerdo Concerniente a la Transportación de, y a las Organizaciones de Servicio

Servicios dentales para los estudiantes que se les transporte por el distrito número 205 se les provee en

Park City Dental
555 N. Court St., Suite 100
Rockford, IL 61103
(815)708-6556

Dr. Oates Dental:
3957 N. Mulford Rd., Suite 1
Rockford, IL 61114
(815)637-6400

Salud comunitaria Crusader:
1100 Broadway, Rockford, IL 61104
1200 W. State St., Rockford, IL 61102
6115 N. 2nd St., Loves Park, IL 61111
1002 N. Pierpont Av., Rockford, IL 61101
(815)490-1374/(815)490-1428

El distrito número 205 les dará transporte de ida y vuelta a los estudiantes elegibles de las escuelas del distrito número 205 a la clínica de la organización de servicio.

- a) Como se indica abajo, si mi niño(a) necesita transporte, yo doy permiso de que una de las organizaciones de servicio programe el transporte con el distrito número 205 para llevar a mi niño(a) de ida y vuelta al distrito número 205 para los servicios dentales, sin ningún costo para mí.
- b) Yo estoy de acuerdo en que el distrito número 205 pudiera solicitar el reembolso de *Medicaid* por tales servicios de transporte.

Si a mi niño(a) lo atienden al final del día escolar, mi niño(a):

- Puede caminar a casa con sus hermanos (nombrados) _____
- Puede caminar a casa con su amigo(s) (nombrado) _____
- Debe ser llevado con la niñera o guardería infantil que se indica, localizada con este número telefónico: _____
- Se debe llevar a casa.

Mi firma debajo muestra el permiso para que mi niño(a) (primer nombre y apellido del niño(a): _____) participe en el viaje o actividad estudiantil descrita arriba además el estar de acuerdo con las directrices expuestas arriba. Mi firma también indica que he leído y apruebo la autorización para el tratamiento médico.

Yo, (nombre del padre, madre o tutor) _____, he leído el material de arriba y entiendo su significado. Mi firma abajo es para reconocer que he revisado este formulario, entiendo la información y doy el permiso para todas las acciones descritas arriba. Mi firma también da fe de la exactitud de la información proporcionada en ambos lados de este formulario.

Firma del padre, madre o tutor(a): _____ Fecha: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Se invita a los padres a asistir a las consultas de su niño(a). Para preguntas acerca de los servicios dentales o para reprogramar la cita dental de su niño(a), llame por lo menos 24 horas antes de la hora de la cita al (815)966-3166.