Help A Child Smile
Mobile Dental Program

Great News! The Help A Child Smile dental program has partnered with your child's school to offer full service in-school dental care.

ESPAÑOL AL REVERSO

Easy & Convenient...Does your child have a regular dentist? If the answer is no, and your child has not visited another dentist within the last 12 months, they are eligible to enroll.

IF YOUR CHILD ALREADY HAS ANOTHER DENTIST, YOU SHOULD CONTINUE SERVICES WITH THAT DENTIST.

TOTAL DENTAL CARE

Our comprehensive dental care includes: a complete exam, x-rays, cleaning, fluoride, sealants, and cavity treatment when needed.

School: _____ County: _____

Student Name: _____ M___ F___ Student Date of Birth _____

Primary Phone: (____) _____ Day Phone: (____) _____ Cell Phone: (____) _____

Address: _____ Apt#: _____ City: _____ Zip: _____

Email: _____ Grade: _____ Teacher's Name: _____

Check One: ☐ Child has Medicaid/Peach Care ☐ Child has Private Insurance ☐ Check, Credit Card or Money Order

Name of Insurance Company: _____ Policy Number: _____

Enter Child's 12 digit Medicaid Receipient ID Number HERE →

Medicaid & Peachcare cover 100% of treatment

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CHILD'S MEDICAL HISTORY

CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD

- ☐ Recent Dental Problems
- ☐ Latex Allergy
- ☐ Allergy to Medications/Other
- ☐ Asthma or Wheezing
- ☐ Behavioral Problems
- ☐ Heart Disease
- ☐ Rheumatic Fever
- ☐ Diabetes
- ☐ Hemophilia/Bleeding Problems
- ☐ Pregnant
- ☐ Sickle Cell Anemia
- ☐ Epilepsy/Seizures
- ☐ Liver Problems/Hepatitis
- ☐ Kidney Problems
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Cancer
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Communicable Disease
- ☐ Wheel Chair Access

Notify us of any medical history. A thorough and complete medical and dental history is important for a proper dental examination and evaluation.

List allergies to medication/other: _____

Name/phone # of child's physician: _____/_____

Use space below to provide additional details on your child's health, including current medical treatment, other significant past illnesses, alcohol & tobacco use (including smokeless). List current medications. Attach another page as needed.

_____

READ AND SIGN BELOW

I understand and authorize Mark Shurett, DDS, PC (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the above-named child for whom **I am the custodial parent or legal guardian**: dental exam & oral hygiene instruction, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants. I authorize the dentist to fill any cavities or to place a crown over the tooth if needed. I authorize Provider to extract any problem baby teeth or provide a baby root canal (removal of the nerves inside the tooth) as needed. I understand that there are risks to dental treatment including swelling or pain that may occur from the injection of a local anesthetic or allergic reaction. (For additional information regarding the risks of treatment and treatment alternatives, please call the number below.) I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payer. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. I have received the Notice of Privacy Practices attached to this form and consent to the release of my child's medical record information as described therein.

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 texts, 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.

This signed consent authorizes my child's initial dental visit and follow-up visits. I may withdraw this consent at any time in writing to address below.

SIGN HERE _____ Print Name _____ Date _____

For your privacy, please fold & secure.

Mark Shurett, DDS, PC 1806 Overlake Dr., Conyers, GA 30013
Visit us at: hcsga.com Phone: (800) 770-0388 Fax: (678) 413-8142

©Mark Shurett, DDS, PC, 2012 GA-COMPR-MHS-V2

Healthy Smiles Happen at School

Great News! Help A Child Smile dental program has partnered with your child's school to offer full service in-school dental care.

The *American Dental Association* recommends yearly check-ups for your child. If your child has not visited a dentist within the last 12 months, this program is for you!

Already enrolled? Please fill out a new form, so we can update our records and medical history.

No Cost to You

Help A Child Smile is pleased to announce that there is no cost to you if your child is insured with Medicaid / Peachcare. We also accept most private dental insurance.

Easy & Convenient

Having your child seen by the in-school dentist saves you valuable time. Top quality care is provided by local, Georgia licensed dentists & hygienists in our fully equipped mobile dental offices. Our dental care at school includes: a complete exam, x-rays, cleaning, fluoride, sealants, and cavity treatment when needed.

Keep Your Child Healthy

If your child does not see a dentist regularly, he or she is at risk for:

- Early Tooth Loss caused by dental decay
- Gum and Heart Disease
- Impaired speech development

Childhood cavities are more common than asthma. Left untreated, infection caused by tooth decay can lead to other health problems as-well-as problems in eating, speaking, and learning.

Simply fill out the enrollment form and return it to your school TODAY.

If you have questions, please feel free to contact us toll-free at **(800) 770-0388**

Help A Child Smile -1806 Overlake Dr - Conyers, Georgia 30013
(800) 770-0388 - Fax (855) 413-8142

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. THE PRIVACY OF YOUR MEDICAL INFORMATION IS IMPORTANT TO US.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY

OUR LEGAL DUTY
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. This Notice takes effect 04/14/03, and will remain in effect until we replace it.

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 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 your healthcare operations. Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

Your Authorization: In addition to our use of your health information for treatment, payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. 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: We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

Persons Involved In Care: We may use or disclose health information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care, of your location, your general condition, or death. If you are present, then prior to use or disclosure of your health information, we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of health information.

Marketing Health-Related Services: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

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 of the health or safety of others.

National Security: We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institution or law enforcement official having lawful custody of protected health information of 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, or letters).

PATIENT RIGHTS
Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You may request that we provide photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April 14, 2003. 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 place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by your agreement (except in an emergency).

Alternative Communication; You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations (You must make your request in writing.) Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

Amendment; You have the right to request that we amend your health information. (Your request must be in writing, and it 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.

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, or you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, 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 provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information. 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 **Telephone:** 800-770-0388
E-mail: hipaaofficer@hcsga.com **Address:** 1806 Over Lake Drive, Conyers, GA 30013

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.
LE SOLICITAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE

Estamos legalmente obligados a lo siguiente: Mantener la confidencialidad de su información médica y de salud, también denominada "información de salud protegida" (PHI), a proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y de salud, y a cumplir con lo establecido en este Aviso..

CAMBIOS A ESTE AVISO
Nos reservamos el derecho de modificar o cambiar los términos de este Aviso, y de aplicar tales cambios a nuestras regulaciones y procedimientos con respecto a su información médica y de salud. Usted tiene el derecho de ser notificado sobre cualquier cambio a este Aviso y de recibir una copia escrita de esos cambios. Para obtener una copia de este Aviso una vez que haya sido cambiado, solicítela a su proveedor de tratamiento o a cualquier miembro del personal.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD
A fin de proporcionarle cobertura de seguro, necesitamos contar con información médica y de salud, así como con otra información personal sobre usted. Podemos obtener esa información de muchas fuentes, tales como usted mismo, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, otros aseguradores, organizaciones HMO o otros administradores responsables de los pagos de sus servicios, y proveedores de cuidado médico.

Con fines de tratamiento: Podemos divulgar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico que cuidan de su salud. Por ejemplo, los médicos pueden solicitarnos información médica para complementar sus propios registros. También podemos usar información personal al enviar cierta información a médicos para garantizar la seguridad del paciente, o por otras razones relacionadas con su tratamiento. Podemos usar y divulgar su información médica y de salud al comunicarnos con usted con fines de recordarle que tiene una cita para su tratamiento. Usted tiene el derecho de decirnos cómo desea recibir los recordatorios de la cita. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Podemos utilizar y divulgar su información médica y de salud para recomendar posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle. Adicionalmente, podemos usar y divulgar su información médica y de salud para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés (por ejemplo, elegibilidad para beneficios de Medi-Cal o del Seguro Social). Usted tiene el derecho de rehusar dicha información.

Con fines de efectuar pagos: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para que los servicios y tratamientos que reciba puedan ser facturados y cobrados a usted, a otras compañías de seguros o a otros administradores responsables de los pagos de sus servicios. Por ejemplo, puede ser necesario proporcionar información de su plan de salud acerca de los servicios de terapia física que usted haya recibido por medio de RHA, para que otro plan de salud nos pague o reembolse los costos del tratamiento. También podemos brindar datos a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted recibirá en el futuro, a fin de obtener la aprobación previa o para determinar si dicho plan cubre el tratamiento.

Con fines administrativos, relacionados con el cuidado médico: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted con fines de administración del cuidado médico. Estos usos y divulgaciones son necesarios para las actividades de RHA y para asegurar que todos nuestros clientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica y de salud para analizar nuestros tratamientos y servicios, así como para evaluar la calidad del tratamiento que los médicos le proporcionen. También podemos combinar información médica y de salud sobre muchos clientes de RHA para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios ya no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos o no. Asimismo, podemos divulgar información a médicos, enfermeras, consejeros, estudiantes de medicina y de cuidado de la salud, y otro personal de agencias con fines de revisión y aprendizaje. De modo similar, podemos combinar la información médica y de salud de la que disponemos con la de otras agencias, con el propósito de comparar nuestro funcionamiento y comprender cómo mejorar los servicios y el cuidado que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifique a usted en un conjunto de información médica y de salud, a fin de que otros puedan usarla para estudiar el cuidado médico y de salud y su prestación, sin saber quienes son los clientes específicos.

Con fines de investigación: En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede requerir comparar la salud y la recuperación de todos los clientes que han recibido un medicamento, con las de aquéllos que recibieron otro para tratar una misma condición médica. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica y de salud, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con las necesidades de privacidad de la información médica y de salud de los clientes. Antes de usar o divulgar información médica y de salud con fines de investigación, el proyecto tiene que haber sido autorizado por este proceso de aprobación; sin embargo, podemos divulgar información médica y de salud acerca de usted a personas que estén preparando la realización de un proyecto de investigación. Por ejemplo, con el objeto de ayudarlos identificar clientes con necesidades médicas y de salud específicas, siempre que la información médica y de salud que analicen no transgreda el ámbito de RHA.

Casos en que la ley así lo requiera: Usaremos y divulgaremos información médica y de salud cuando así lo exijan las leyes o reglamentaciones federales o estatales.

Abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos divulgar su información médica y de salud para notificar a las autoridades apropiadas del gobierno si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando así sea requerido o autorizado por la ley.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA
Derecho de inspeccionar y obtener copias: Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información medica y de salud archivada en nuestros registros. A fin de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Si usted solicita una copia de su información médica y de salud, nosotros podremos cobrarle un cargo para cubrir los costos de copiado, envío u otros insumos procedentes de su solicitud. Si usted no solicita una copia de sus registros, no le cobraremos ningún cargo por inspeccionarlos. Podemos rechazar su pedido de inspeccionar y obtener copias de partes de su información médica y de salud. Si a usted se le niega el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud archivada en nuestros registros, puede apelar tal decisión y pedir que otro profesional licenciado de cuidado de la salud designado por RHA, que no haya estado involucrado en su tratamiento, reconsidere los motivos del rechazo. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Derecho de solicitar enmiendas: Si usted considera que su información médica y de salud archivada en nuestros registros es inexacta o incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información esté en nuestro poder. Para solicitar una enmienda, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, debe exponer la razón que motiva la enmienda. Su pedido se incorporará a su registro. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario y una lista de sitios del Condado para este propósito.) Podemos rechazar su pedido si usted nos solicita que enmendemos información que no haya sido preparada por nosotros, o que sea parte de información que a usted no se le haya permitido inspeccionar y copiar, o que sea considerada exacta y completa por su equipo de tratamiento.

Derecho a obtener un detalle de las divulgaciones: Con la excepción de ciertas divulgaciones —por ejemplo, aquéllas vinculadas con tratamientos, pagos y actividades administrativas de cuidado de la salud, así como aquéllas autorizadas por usted—, usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de su información médica y de salud. Para solicitar esta lista, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe referirse a un período determinado, que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un período de 12 meses sucesivos será sin cargo para usted. Si desea obtener listas adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionarlas. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá anular o modificar su pedido antes de que incurramos en ningún gasto.

Derecho de solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que observemos restricciones adicionales y especiales al utilizar o divulgar su información médica y de salud, pero no estamos obligados a dar curso a su pedido. Si aceptamos satisfacerlo, atenderemos su pedido a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia, tal como lo determine su médico. Para solicitar restricciones, usted debe hacer un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. En su solicitud, deberá especificar qué información desea limitar, el tipo de limitación a aplicar, y a quién desea aplicarla. Un ejemplo de tal limitación podría ser establecer restricciones a divulgaciones destinadas a su cónyuge. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a citas y otras cuestiones relacionadas con su tratamiento de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo, o mediante correspondencia dirigida a una casilla postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Procuraremos cumplir con todos los pedidos razonables.

Derecho a obtener una copia impresa de este Aviso: Usted nos puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Aun si hubiera acordado recibir este Aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. Para obtener una copia impresa de este Aviso, solicítela a cualquier miembro del personal.

QUEJAS O PREGUNTAS
Usted tiene el derecho de presentar una queja si considera que el personal de RHA no ha cumplido con las prácticas descriptas en este Aviso. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No se le penalizará de ninguna manera por el hecho de presentar una queja.
Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja al gobierno federal. Para presentar una queja, comuníquese con nuestro oficial de privacidad:

Contact Officer: HIPAA Officer **Telephone:** 800-770-0388
E-mail: hipaaofficer@hcsga.com **Address:** 1806 Over Lake Drive, Conyers, GA 30013

Help A Child Smile
Programa Dental Móvil

Buenas Noticias! El programa dental de Help A Child Smile se ha asociado con la escuela de su hijo(a) para ofrecer servicio completo de cuidado dental en la escuela.

ENGLISH ON REVERSE

Fácil y Conveniente... Su hijo(a) tiene algún dentista regular? Si la respuesta es no, y su hijo(a) no a visitado un dentista dentro de 12 meses, el o ella es elegible para inscribirse.

SI SU HIJO(A) YA TIENE UN DENTISTA, LE SUGERIMOS QUE SIGA EL TRATAMIENTO CON SU DENTISTA NORMAL.

CUIDADO DENTAL COMPLETO

Nuestro Servicio Completo de Cuidado Dental incluye:
Un examen completo, radiografías, limpieza, fluoruro, sellantes, y tratamiento de caries cuando sea necesario.

Escuela: _____ **Condado:** _____
Nombre del Estudiante: _____ **M__F___Fecha de Nacimiento:___/___/ ___**
Teléfono: (___)_____**2do Teléfono: (___)**_____ **Celular: (_____)** _____
Dirección:_____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:**_____
Email: _____ **Grado:** _____ **Nombre de Maestro(a):** _____
Seleccione Uno: ☐ **Niño(a) tiene Medicaid/Peachcare** ☐ **Niño(a) tiene Seguro Privado** ☐ **Cheque, Tarjeta de Crédito o Giro Postal**
Nombre de Compñia de Seguro Privado:_____ **Numero de Póliza#:**_____

llene los 12 digitos del # de Medicaid →
Medicaid y Peachcare cubre el 100% del tratamiento.
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

HISTORIA MEDICA DEL NIÑO

Selecciones las condiciones que apliquen a su niño(a)

☐ Problemas dentales recientes
☐ Alergia al Látex
☐ Alergia a algún medicamento u otra cosa
☐ Asma o Problemas de respiración
☐ Problemas de comportamiento
☐ Problemas del Corazón / Soplo
☐ Fiebre Reumática
☐ Diabetes
☐ Hemofilia o problemas de sangrado
☐ Embarazada
☐ Celula de la Oz
☐ Anemia / Desmayos
☐ Ataques epiléticos
☐ Problemas del Riñon / Hepatitis
☐ Problemas del Hígado
☐ HIV/SIDA
☐ Cáncer
☐ Tuberculosis
☐ Enfermedades Transmisibles
☐ Requiere Acceso a Silla de Ruedas

Notifíquenos de cualquier cambio en el historial medico. Es impórtante tener el historial medico y dental mas preciso y reciente para poder proveer un examen y evaluación dental adecuado.

Lista de alergias a algún medicamento u otra cosa:_____

Nombre y # de Teléfono del Doctor:_____/_____

Use el espacio de abajo para darnos información adicional sobre la salud de su niño, 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.

LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a Mark Shurett, DDS, PC (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño mencionado arriba del cual **soy el padre custodio o tutor legal:** examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x y sellantes. Autorizo al dentista a que atienda cualquier carie o poner una corona sobre el diente si es necesario. Autorizo al proveedor a extraer cualquier diente del problema (dientes de leche solamente) o a proveer una endodoncia (retiro del nervio adentro del diente) cuando sea necesario. Entiendo que existen riesgos al recibir tratamientos dentales incluyendo inflamación o dolor que puede ocurrir de la inyección de la anestesia o una reacción alérgica. (Para información adicional sobre los riesgos del tratamiento dental y tratamientos alternativos por favor llame al número de abajo.) 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. 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. He recibido la notificación de prácticas privadas adjunta a esta hoja de consentimiento y consiento la divulgación de los expedi- entes médicos como descrita en la misma.

Puede que nosotros le enviemos mensages de Texto acerca del programa dental escolar. Mensages/o cargos de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicio telefonico; Para descontinuar los textos responda "Stop" a cualquier mensage recibido de nuestra parte. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefonicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporciono en esta forma de consentimiento.

Con mi firma autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la visita inicial dental y las próximas visitas que sean requeridas según sus necesidades dentales. Yo puedo retirar mi consentimiento en cual quier momento por escrito a la dirección de abajo.

FIRME AQUI _____ _____ _____
Nombre Impreso **Fecha**

Para su privacidad doble y asegure.

Visítenos en: hcsga.com Teléfono: (800) 770-0388 Fax: (678) 413-8142
Mark Shurett, DDS, PC 1806 Overlake Dr., Conyers, GA 30013

©Mark Shurett, DDS, PC, 2012 GA-COMPR-MHS-V2