

# Free School Sealant Program

## Permission Slip



Free dental screenings and sealant services are now offered at your child's school. Dental sealants are plastic coatings put on the back teeth and are a quick and easy way to prevent cavities. The screening and sealants are done by dental care professionals.

|                                                                                   |         |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|
| Name of Child: _____                                                              |         |                  |
| (Last)                                                                            | (First) | (Preferred Name) |
| Student's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: ____ |         |                  |

**YES, I want my child to have a dental screening and dental sealants.**

*\*Even though your child may have received sealants, please complete this form so we can check them.*

**If yes, please complete and sign below**

| Contact Information                   |                                                                              |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Parent/Guardian:                      |                                                                              |
| Best phone number to reach you: _____ | Permission to Text: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Email address: _____                  |                                                                              |
| Mailing address: _____                |                                                                              |

**Please provide the following information so we can better serve your child:**

|                                                             |                                |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| My child is taking (list medications): _____                | None: <input type="checkbox"/> |
| My child is allergic to: _____                              | None: <input type="checkbox"/> |
| Any current medical problems: _____                         | None: <input type="checkbox"/> |
| Any behavioral considerations: _____                        | None: <input type="checkbox"/> |
| Other information to help us better serve your child: _____ | None: <input type="checkbox"/> |

**Please complete the section below. You will not receive a bill.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Health Insurance:<br><input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____<br><input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____<br><input type="checkbox"/> No health insurance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>These services are FREE!</b> |
| By signing below you:<br><br>As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchange of information, including any relevant personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices." Privacy Practices are available on the Dental3 website <a href="http://dental3.net/forms/">http://dental3.net/forms/</a> . I also understand a dental student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment. |                                 |
| <b>Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |

# Programa escolar gratuito de selladores

## Hoja de permiso



Ahora se ofrecen revisiones dentales y servicios de selladores gratuitos en la escuela de su hijo/a. Los selladores dentales son revestimientos de plástico que se aplican a las muelas y son una forma rápida y fácil de prevenir las caries. Profesionales de la atención dental realizan la revisión y aplican los selladores.

Nombre del/de la menor: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Nombre de preferencia)

Fecha de nacimiento del/de la estudiante (mm/dd/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Sí, deseo que mi hijo/a reciba una revisión dental y selladores dentales.

\*Aunque su hijo/a recibió selladores en el pasado, marque "sí" para que podamos revisarlos.

**Si eligió "sí", llene la información a continuación y firme.**

| Información de contacto                        |                                                                                                |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Padre, madre o tutor legal:                    |                                                                                                |
| Número telefónico para comunicarnos con usted: | Permiso para enviar mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de correo electrónico:               |                                                                                                |
| Dirección postal:                              |                                                                                                |

**Proporcione la siguiente información para que podamos atender mejor a su hijo/a:**

|                                                             |                                   |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Mi hijo/a toma (indique medicamentos):                      | Ninguno: <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo/a tiene alergia a:                                  | Ninguno: <input type="checkbox"/> |
| Cualquier problema médico actual:                           | Ninguno: <input type="checkbox"/> |
| Cualquier consideración del comportamiento:                 | Ninguno: <input type="checkbox"/> |
| Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo/a: | Ninguno: <input type="checkbox"/> |

**Complete la siguiente sección. Usted no recibirá una factura.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Seguro de salud:<br><input type="checkbox"/> Núm. de identificación del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)/Medicaid _____<br><input type="checkbox"/> Compañía de seguro dental privado _____<br><input type="checkbox"/> No tiene seguro médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>¡Estos servicios son GRATUITOS!</b> |
| Al firmar a continuación, usted:<br><br>Como padre/madre/tutor legal, por medio de la presente autorizo la divulgación y el intercambio de información, incluida cualquier información médica personal relevante, entre el personal de los selladores dentales, el personal de la escuela, las compañías de seguro, el dentista del/de la menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Atención Dental constatada. He recibido una copia de los "Avisos de prácticas de privacidad" están disponibles en el sitio web de Dental3 <a href="http://dental3.net/forms/">http://dental3.net/forms/</a> . Asimismo, entiendo que un estudiante dental, supervisado por un profesional dental con licencia, podría proporcionar el tratamiento. |                                        |
| <b>Firma del padre, madre o tutor legal:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |

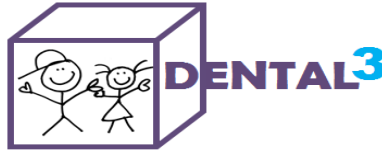


## SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at Dental 3. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

### THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
  - Provide treatment to you
  - Get paid for the services we provide to you
  - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting
  - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
  - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive
  - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
  - Ask to see and copy your medical information
  - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected
  - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations
  - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to your request
  - Ask that we communicate with you in a confidential manner
  - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time
  - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information
  - File a complaint if you think your privacy rights have been violated
  - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider



## RESUMEN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La confidencialidad de su información médica amparada, llamada también “expediente médico”, es una prioridad importante en Dental 3. Hay diversas razones por las cuales quizá debamos utilizar dicha información o divulgarla a otras personas o entidades. El presente Aviso de Prácticas de Privacidad tiene por finalidad informarle sobre las maneras en que podemos utilizar y divulgar la información de su expediente médico. LA PRESENTE PÁGINA NO ES EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMPLETO, el cual está disponible de solicitarse. Además de nuestro largo compromiso de proteger su información, existen ciertas obligaciones que debemos asumir bajo la ley federal. Una de dichas obligaciones es proporcionarle el presente aviso a usted. De solicitarse, el Aviso se facilitará en otros idiomas.

### ASPECTOS EXPLICADOS EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMPLETO:

- **La manera en que podemos utilizar y divulgar su información médica sin su permiso para:**
  - Brindarle tratamientos;
  - Recibir pago por los servicios que le prestemos;
  - Elaborar reportes para agencias federales, estatales y locales, así como para otras entidades cuando así lo exija la ley;
  - Elaborar reportes o divulgar información para fines de salud y seguridad públicas y/o para fines de investigación.
- **La manera en que podemos divulgar su información sin su permiso, pero sólo si le damos la oportunidad de negarse:**
  - Divulgar información sobre usted a su familia, amigos y otras personas que participen en su cuidado para recibir pago por los servicios que se le presten;
  - Dar a conocer información sobre usted en el caso de un desastre para informar su paradero y condición general a su familia y amigos.
- **La manera en que podemos utilizar y divulgar su información médica sólo con su permiso en circunstancias que no se hayan descrito arriba.**
- **Entre sus derechos legales bajo las leyes de privacidad federales figura su derecho de:**
  - Pedir revisar y fotocopiar su información médica;
  - Pedir que se corrija la información de su expediente médico que esté incorrecta o incompleta;
  - Pedir una lista de lugares a los que hemos enviado su información médica a menos que haya sido enviada con su permiso, para fines de pago, tratamiento u operaciones médicas;
  - Pedir que restrinjamos la información que utilizamos o divulgamos para fines de tratamiento, pago u operaciones médicas, o la información que divulgamos a sus familiares o a otras personas que participen en su cuidado. No tenemos la obligación de aceptar su pedido;
  - Pedirnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial;
  - Pedir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento;
  - Que se le notifique en caso de que se viole su información médica amparada no segura;
  - Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados;
  - Pagar de su propio bolsillo el costo total de un artículo o servicio médico y restringir la divulgación de dicho artículo o servicio en particular al proveedor de su plan médico.