

UNITY CARE NW PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL MÓVIL

SERVICIOS QUE OFRECEMOS



Revisión
dental



Explicación
sobre salud oral



Selladores



Fluoruro



Después de cada visita, se le enviará a su domicilio una evaluación por escrito de la salud oral de su menor.

¡USTED NO DEBERÁ CUBRIR COSTO ALGUNO!

Si su hijo o hija cuenta con seguro, Unity Care NW cobrará a éste.

A usted no se le cobrarán servicios que no están cubiertos.

Todos los servicios son gratuitos.



PREGUNTAS FRECUENTES

¿Es necesario que yo esté presente?

Si gusta, puede presentarse, pero no es obligatorio.



¿Qué sucede si no quiero que mi hijo o hija reciba servicios?

Para elegir los servicios que desea que reciba su hijo o hija, consulte las instrucciones en el formulario de inscripción. Si no desea que su hijo o hija reciba los servicios, no tiene que hacer nada ni tiene que llenar el formulario.

Tengo otros hijos que no van a la escuela. ¿Pueden atenderlos también?

¡Sí! Comuníquese con la coordinadora de acceso a servicios dentales (a continuación) para programar una cita.

¿TIENE OTRAS PREGUNTAS?

Comuníquese con **Robin Pearson**, coordinadora de acceso a servicios dentales:
(360) 788-2668 o robin.pearson@ucnw.org

para REGISTRAR A SU HIJO O HIJA

Llene el formulario adjunto y entréguelo al maestro
o a personal administrativo de la escuela.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información de salud acerca de usted y cómo acceder a esta. Léalo con atención

Unity Care NW respeta su privacidad y entendemos que su información de salud personal es muy sensible. No usaremos ni revelaremos su información con terceros sin su autorización, excepto conforme lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad o según lo exija la ley.

La ley protege la confidencialidad de la información médica que generamos y obtenemos al brindarle atención y servicios. Por ejemplo, su información protegida de salud incluye síntomas, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento, información de salud de otros proveedores e información de facturación y pago con respecto a esos servicios.

Sus derechos de privacidad

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras obligaciones para ayudarlo.

Obtener una copia de su registro médico en formato electrónico o en papel
Puede solicitar ver u obtener una copia de su registro médico en formato electrónico o en papel y otra información médica que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general, dentro de los 15 días desde su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable sobre la base del costo. UCNW puede exceptuar de esta tarifa a pacientes que puedan demostrar una necesidad económica.

Pedirnos que enviemos una copia en papel o formato electrónico de su registro médico a un tercero

Puede pedirnos que enviemos una copia en papel o formato electrónico de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted a un tercero, como ser un doctor o abogado. Pregúntenos cómo hacerlo

Solicitar que corrijamos su registro médico

Puede solicitar que corrijamos la información médica que usted considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.

Quizá le neguemos su solicitud, pero le explicaremos las razones por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted a través de una forma específica (como ser al teléfono de su hogar o de su oficina) o que le enviemos un correo electrónico a otra dirección.

Autorizaremos todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos la información que utilizamos o compartimos

Puede solicitar que no utilicemos o compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarla en caso de que dicha solicitud afecte su cuidado.

Si usted paga la totalidad de un servicio o artículo de atención médica por su propia cuenta, puede solicitar que no compartamos esa información a efectos de pagos o nuestras operaciones con su asegurador médico. Autorizaremos su solicitud, a menos que la ley nos indique compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Usted puede solicitar una lista (detalle) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha solicitada, con quién la hemos compartido y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas operaciones de atención médica, pagos y tratamientos y algunas otras divulgaciones (cualquiera que nos haya solicitado que hagamos). Podemos ofrecerle un detalle por año gratis, pero le cobraremos una tarifa razonable sobre la base del costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia del aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel rápidamente.

Elegir a alguien que actúe en su nombre

Si le concedió a alguien el poder de representación o si alguien se desempeña como su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que realicemos cualquier acción

Si usted es menor de 18 años, tiene el derecho de obtener algunos servicios en Unity Care NW sin la participación o consentimiento de sus padres. *

Enfermedades de transmisión sexual (mayores de 14)

Servicios de control de la natalidad (cualquier edad)

Servicios de salud mental (mayores de 13)

Servicios de abuso de sustancias (mayores de 13)

Si tiene preguntas, lo instamos a que hable con su proveedor médico.

*Consultar el Código Revisado de Washington: RCW 70.24.110; RCW 9.02.100(1); RCW 71.34.530; RCW 70.96A.230

Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

Puede quejarse si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el Funcionario de Privacidad a la dirección que figura al final de este aviso o llamando al 360-788-2663.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o a través de la página web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

No tomaremos represalias si usted presenta una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede comunicarnos sus elecciones sobre lo que podemos compartir. Si usted tiene un método preferido

sobre la forma en la que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos al respecto. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

compartamos la información con su familia, amigos cercanos y otras personas involucradas en su cuidado

compartamos información en caso de desastres

incluyamos su información en el directorio de la institución, si corresponde

Si no puede comunicarnos su método preferido, por ejemplo, si usted está inconsciente, procederemos a compartir su información si consideramos que es por su bien. Además, podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave o inminente a su salud o seguridad.

Nunca compartimos su información en los casos que se detallan a continuación, a menos que nos autorice por escrito:

- para fines de mercadeo distintos a los planes de seguro que le ofrecen información sobre la cobertura.
- venta de su información
- la mayoría de los registros de salud mental, abuso de sustancias y los relacionados con enfermedades de transmisión sexual.

En el caso de recaudación de fondos:

Podemos comunicarnos con usted con respecto a las actividades de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a hacerlo.

Nuestros usos y divulgaciones

Generalmente, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Durante su tratamiento

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que participan en su tratamiento. *Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión, le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*

Administración de nuestra organización

Podemos utilizar y compartir su información médica para administrar nuestra organización, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Esto puede incluir llamadas telefónicas y mensajes de texto a los números telefónicos que usted proporcione, correos electrónicos y correo a través del Servicio Postal de los EE. UU. *Ejemplo: Utilizamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios, recordarle sus próximas citas y ofrecerle servicios relacionados con su atención en UCNW.*

Cobro por sus servicios

Podemos utilizar y compartir su información médica para cobrar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: Brindamos información sobre usted a su plan de seguro médico, así este paga por sus servicios.*

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige que compartamos su información de otras formas, generalmente en formas que contribuyen al bien público, como investigación y salud pública. Debemos cumplir con muchas condiciones establecidas por ley antes de compartir su información para estos fines. Para más información, consulte la página: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Asistencia con temas relacionados con la seguridad y salud pública

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones como:

Prevención de enfermedades

Asistencia para retirar productos de circulación

Informe de reacciones adversas a medicamentos

Informe de supuesto abuso, abandono o violencia doméstica

Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Realización de investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplimos con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este desea comprobar que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información médica sobre usted con las organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajo con un médico forense o director de una funeraria

Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de una funeraria cuando una persona fallece.

Manejo de la compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno

Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:

- por los reclamos de compensación de los trabajadores
- para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial del orden público
- con agencias de fiscalización de la salud para actividades autorizadas por ley
- para funciones gubernamentales especiales, como fuerzas militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Respuesta a litigios o acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden administrativa o judicial, o en respuesta a una citación.

Nuestras obligaciones

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le informaremos de forma inmediata si se produce una violación que comprometa la privacidad o seguridad de su información.

Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.

No utilizaremos o compartiremos ninguna información salvo la descrita en este documento, a menos que usted nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión. Para más información, consulte la página: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible mediante solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web www.UnityCareNW.org

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Funcionario de privacidad

Unity Care NW
1616 Cornwall Avenue, Suite 205
Bellingham, WA 98225

(360) 788-2663

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL MÓVIL

LLENE ESTE FORMULARIO por ambos lados, **FÍRMELO** y **DEVUÉLVALO** a la escuela.

*El Programa de atención dental móvil hará 2 o 3 visitas durante el ciclo escolar.
Este formulario de consentimiento aplica a todas las visitas de este ciclo escolar.*

TACHE los servicios que **NO** desea que su hijo reciba:

Revisión dental
visual

Explicación sobre
higiene oral

Selladores

Aplicación de
fluoruro

¿Tiene alguna pregunta? Llame a la coordinadora de acceso a servicios dentales al **(360) 788-2668**

INFORMACIÓN PERSONAL DEL MENOR

Enumere a todos sus hijos inscritos en la escuela del distrito escolar que desea registrar:

Nombre del menor (nombre y apellido)

Sexo

Fecha de nacimiento

Maestro y escuela

☐ M ☐ F

☐ M ☐ F

☐ M ☐ F

Dirección postal ¿Situación de indigencia? ☐ En caso afirmativo, marque la casilla. Preferencia de idioma: ☐ inglés ☐ español ☐ ruso ☐ punyabí

Calle o apartado postal (P. O. box)

Ciudad

Estado

Código postal

Número telefónico

Correo electrónico

ANTECEDENTES MÉDICOS Y DE CUIDADO DENTAL DEL MENOR

¿Su hijo/a tiene problemas de salud? ☐ Sí ☐ No- En caso afirmativo, describa e **incluya el nombre del menor:**

Nombre del menor

Problemas de salud

¿Su hijo/a tiene alergias? ☐ Sí ☐ No- En caso afirmativo, describa la alergia, la reacción e **incluya el nombre del menor:**

Nombre del menor

Alergias, reacción

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No- En caso afirmativo, especifique e **incluya el nombre del menor:**

Nombre del menor

Medicamentos

¿Su hijo/a acude al dentista para una revisión dental cada 6 meses? ☐ Sí ☐ No- En caso afirmativo, especifique la fecha y la clínica:

Fecha aproximada de la última revisión

Nombre del dentista/de la clínica



LLENE Y FIRME LA ÚLTIMA PÁGINA



INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL MENOR



Actualmente, ¿su hijo/a cuenta con WA APPLE HEALTH o MEDICAID? ☐ Sí ☐ No

Provider One núm. _____ No es necesario que entregue una copia de su tarjeta de Provider One.

Actualmente, ¿su hijo/a cuenta con un plan de seguro dental privado? ☐ Sí ☐ No

¿Con cuál aseguradora? (Delta Dental, Metlife, etcétera): _____

Póliza núm. (ID individual que aparece en la tarjeta) _____ Grupo núm.: _____

Nombre del titular: _____ Parentesco con el menor: ☐ Padre/Madre ☐ Otro

Núm. de seguridad social del titular: _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento del titular: _____ / _____ / _____

Deberá entregar una copia de la tarjeta del seguro dental con este formulario.

Doy mi autorización para que Unity Care NW o la aseguradora divulguen la información necesaria para procesar mi reclamación

INFORMACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR UN SUBSIDIO

*Unity Care NW es un centro de salud sin fines de lucro que recibe apoyo financiero a través de subsidios gubernamentales o privados. Estos datos son **obligatorios** para la generación de informes.*

¿Cuál es el origen étnico de su hijo/a? (Seleccione hasta dos opciones) ☐ Hispano ☐ No hispano ☐ Prefiero no divulgarlo

¿Cuál es el origen racial de su hijo? (Seleccione hasta dos opciones)

☐ Asiático ☐ Negro/afroestadounidense ☐ Indígena estadounidense/Nativo de Alaska ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawái
☐ Nativo de otras islas del Pacífico ☐ Otra raza: _____ ☐ Prefiero no divulgarlo

En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de que fuera a recibir dinero para comprar más?

☐ Con frecuencia ☐ A veces ☐ Nunca ☐ Prefiero no divulgarlo

En los últimos 12 meses, ¿sintió que la comida que acababa de comprar no duró y no tenía dinero para comprar más?

☐ Con frecuencia ☐ A veces ☐ Nunca ☐ Prefiero no divulgarlo

Número de integrantes de la familia: _____

Ingreso mensual familiar (aproximado): _____

*Llevamos un registro de los servicios de atención médica que le brindamos. Usted puede solicitar consultarlo y guardar una copia del registro. Asimismo, puede solicitar que se le hagan correcciones. No divulgaremos sus registros a terceros, a menos que usted así nos lo indique o que las leyes lo permitan o nos obliguen a hacerlo. Para consultar sus registros, comuníquese con nuestros especialistas de gestión de información sanitaria llamando al (360) 676-6177 ext. 1112. En nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** se describe más detalladamente la manera en que su información sanitaria puede ser utilizada o divulgada y cómo puede acceder a dicha información.*

LA FIRMA ES OBLIGATORIA PARA RECIBIR LOS SERVICIOS

A mi saber y entender, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Al colocar mi firma a continuación, autorizo que mi hijo/a reciba los servicios que se ofrecen, a menos que se especifique lo contrario, así como que se cobre a mi aseguradora por los servicios proporcionados. Asimismo, doy mi consentimiento para compartir mi información con personal escolar, según sea necesario. Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad adjunto.

Nombre del padre/madre/tutor: (use letra de molde) _____ Fecha de nacimiento del padre/madre: _____ / _____ / _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha en que se firmó: _____ / _____ / _____

Parentesco con el menor: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____