



Formulario de autorización dental, consentimiento dental y relevo de responsabilidad para la salud bucal escolar



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DE ESTUDIANTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
SEXO (Escriba M/F/X/N)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA			
# DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE		GRADO		# DE AULA	
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR			MEDICAID / ALL KIDS – # DE BENEFICIARIO DE 9 DIGITOS		
NUMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (incluya el número de unidad si corresponde)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADO DENTAL					
NÚMERO DE LA PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADOS DENTAL		NÚMERO DE GRUPO		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADOS	
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR ASEGURADO			FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO		

Como padre o tutor legal del estudiante anteriormente mencionado, entiendo que por medio del Departamento de Salud Pública de Chicago y el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR (el "PROGRAMA") de las Escuelas Públicas de Chicago, los dentistas con licencia vendrán a la escuela de mi estudiante en un futuro cercano para evaluar la salud bucal, obtener información sobre altura y peso, proporcionar un EXAMEN/EVALUACIÓN DENTAL y, de ser necesario, una LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO DE FLUORURO y SELLADORES DENTALES LIBRES DE COSTO a los estudiantes o sus familias de la escuela. Los selladores dentales, además del cepillado y el uso del hilo dental regular, protegen los dientes de su hijo/menor en tutela de las CARIES. Los selladores dentales son revestimientos plásticos delgados que se colocan en la parte superior de los dientes posteriores para SELLARLOS contra la comida y los gérmenes. Los selladores se aplican en los dientes que parecen no tener caries y que no están dañados. LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NO INCLUYEN LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES NI LAS INYECCIONES.

Entiendo que en consideración a la participación de mi hijo/menor en tutela en el PROGRAMA y como lo muestra mi firma a continuación, por este medio libero y eximo de responsabilidad a la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo el Departamento de Salud Pública y sus empleados, funcionarios, voluntarios, agentes y representantes y la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fiduciarios, agentes, funcionarios, contratistas, voluntarios y empleados de toda responsabilidad que podamos obtener mi estudiante y yo, por cualquiera y

todas las pérdidas, lesiones, daños hacia mí o mi estudiante, conocidos y desconocidos, previstos y no previstos, que surjan con relación a la participación de mi estudiante en el PROGRAMA, ya sea que dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades sean el resultado total o parcial de la negligencia de la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo el Departamento de Salud Pública, empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fiduciarios, empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes.

Además, entiendo que como lo muestra mi firma a continuación, reconozco que un dentista autorizado que proporciona atención, tratamiento, diagnóstico o asesoría dental o médica sin cobrar en nombre del Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago no es responsable por los daños civiles que resulten de sus actos u omisiones al proporcionar dicha atención, tratamiento, diagnóstico o asesoría dental o médica bajo el Programa, excepto debido a una acción arbitraria o intencional. Para autorizar a los proveedores dentales y al Departamento de Salud Pública de Chicago para que compartan la información relacionada con los servicios dentales del PROGRAMA que se proporciona a su estudiante, firme el Formulario de Autorización que se encuentra en la parte inferior de esta carta. Este formulario de consentimiento firmado es valido por 365 días a partir de la fecha en que se firma por el estudiante o sus padres/tutores legales.

¿RAZA? (Por favor marque)

Asiática Isleño del Pacífico Nativoamericano Nativo de Alaska Origen hispanico **SÍ** **NO**

INFORMACIÓN MÉDICA: ¿Su estudiante alguna vez ha padecido algo de lo que se indica a continuación?

SÍ **NO**

Si su respuesta es SÍ, marque todas las condiciones a continuación que apliquen.

- Asma
- Diabetes
- Actualmente tiene soplo cardíaco
- Fiebre o enfermedad cardíaca reumáticas
- Epilepsia
- Enfermedad o trastorno sanguíneo
- Hepatitis

¿TOMA SU ESTUDIANTE ALGÚN MEDICAMENTO?

SÍ **NO**

Si su respuesta es SÍ, enumere los medicamentos

¿TIENE SU ESTUDIANTE LA PLATA ALERGIA?

SÍ **NO**

¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA ALERGIA?

SI **NO**

Si su respuesta es SÍ, enumere las alergias

¿EXISTE ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA RELACIONADA?

SÍ **NO**

Si su respuesta es SÍ, enumere las condiciones

Por favor firme por ambos lados

Como padre o tutor del niño o tutelado mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para que mi hijo o tutelado participe en el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR, que incluye un examen/evaluación dental y, según sea necesario, una limpieza dental, tratamiento con flúor, sellador(es) dental(es) y la realización de exámenes de control de calidad por parte del CDPH y el IDPH para volver a verificar el trabajo dental de su hijo. Autorizo al proveedor dental a utilizar el número de Medicaid, ALL KIDS y seguro dental privado de mi hijo o tutelado solo para fines de facturación. Entiendo que si no firmo este Formulario de consentimiento dental y exención de responsabilidad, mi hijo o tutelado no recibirá ningún servicio bajo este programa. Las reglas del seguro Medicaid ALL KIDS de IL permiten (2) visitas preventivas dentales en el consultorio y (1) visita preventiva dental en la escuela por año. La visita a la ESCUELA no afectará su visita al consultorio. Se aplican diferentes reglas para el seguro dental privado.

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.

Por favor firme por ambos lados

X

Firma del padre o tutor legal

Fecha



RETAIN IN A BINDER FOR 2 YEARS



School-Based Oral Health Program

Formulario de autorización – SDF / HIPAA



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR		
NOMBRE DE LA ESCUELA			

NUEVA Autorización de Fluoruro de Diamina de Plata (SDF)

¡Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries!

BENEFICIOS DEL SDF: Las caries dentales son comunes en los niños, pero ahora nuestros dentistas tienen una alternativa segura e indolora a los procedimientos tradicionales de perforación de caries llamado Fluoruro de Diamina de Plata (SDF). El SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que se utiliza para ayudar a prevenir la formación, el crecimiento o la propagación de caries a otros dientes. El dentista simplemente aplica SDF solo en los dientes posteriores. Razón para evitar el tratamiento con SDF: alergia a la plata, antecedentes de llagas en la boca o llagas dolorosas en las encías.

Alternativas:

- Sin tratamiento: el diente puede seguir deteriorándose y causar dolor.
- Otras opciones: barniz de flúor, un empaste o corona, o extracción del diente

Riesgos:

- El tratamiento con SDF puede no eliminar la necesidad de un empaste tradicional.
- Es normal que el SDF tiña la cavidad de color marrón o negro, lo que significa que está funcionando.
- Las partes sanas del diente no se tiñeran.
- El SDF puede causar manchas temporales si entra en contacto con la piel. La mancha es inofensiva y debería desaparecer en menos de una semana.
- El SDF puede causar un sabor metálico temporal.
- Para obtener más información, escanee el Código QR.



Before SDF



After SDF

Consentimiento para el tratamiento con SDF después de SDF

Certifico que he leído y comprendido completamente la información para la solicitud(es) de SDF propuestas, o que he hablado de esto con mi proveedor de atención dental y he obtenido respuestas a mis preguntas. Entiendo los posibles riesgos asociados con el tratamiento con SDF y verifico que no tengo contraindicaciones para su uso (o que el paciente al que represento no las tiene). Doy mi consentimiento para la solicitud de SDF.

X _____
Firma del padre/madre/tutor for Silver Diamine Fluoride (SDF)

Fecha

HIPAA AUTORIZACION

Al firmar a continuación, entiendo que otorgo mi autorización para que el proveedor dental y el Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago usen o divulguen la información protegida de salud de mi estudiante a las siguientes personas u organizaciones con el propósito de preparar informes, documentación de las tendencias en la salud bucal y la facturación para Medicaid y subvenciones: el Departamento de Salud Pública de Chicago, 111 W. Washington, 4th FLI., Chicago, IL 606042 directores escolares individuales; Illinois Department of Healthcare and Family Services, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL, 62763; el Departamento de Salud Pública de Illinois - Sección de Salud Bucal, 535 W. Jefferson Street, 2nd Floor, Springfield, IL, 62761; las Escuelas Públicas de Chicago, Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles, 42 West Madison, Chicago, IL 60602; centros de salud federalmente calificados; el Oral Health Forum (OHF), 1100 West Cermak Road, Suite 518, Chicago, 1160608; la Infant Welfare Society of Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Oak Park-River Forest; el Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, 1160302 y camionetas dentales autorizadas por las Escuelas Públicas de Chicago.

El Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago (CDPH) y los proveedores dentales no pueden condicionar el tratamiento, pago ni elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo a firmar dicha autorización. Esta Autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Entiendo que existe la posibilidad de que la información que se divulgue en conformidad con esta autorización pueda estar sujeta a ser redivulgada por parte del beneficiario, en cuyo caso dejaría de estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA) y las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar esta Autorización por escrito al enviar un aviso a HIPAA Privacy Officer, City of Chicago, Department of Public Health, 111 W. Washington, 4th Fl. Chicago, IL 60602. La revocación no es efectiva con respecto a acciones que se tomaron antes de la revocación.

Esta autorización es valida por **365** días a partir del día en que es firmada por el padre o tutor legal.

X _____
Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Por favor firme por ambos lados

