

ALL KIDS ESCOLARES PROGRAMA DENTAL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DENTAL

Este formulario sirve para obtener su consentimiento para el tratamiento dental o la procedimientos de la cirugía oral

Si usted visita a un dentista con regularidad, favor de hacer una cita con el mismo.

POR FAVOR IMPRIMA EN **TINTA**

DEBEN SER DEVUELTOS MANAÑA

Favor de leer **TODOS** los formularios con much atención y preguntarnos sobre cualquier cosa que no entienda.



Miles of Smiles, LTD
2424 N 8th St.
Pekin, IL 61554-1547

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

MAESTRO / A: _____ GRADO: _____

CONDADO: _____

NOMBRE LEGAL DE SU HIJO / A: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ HOMBRE / MUJER

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD / CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO PARTICULAR: _____

¿TIENES UN DENTISTA? Sí / No NOMBRE DEL DENTISTA: _____

¿NECESITA AYUDA PARA PROGRAMAR UNA CITA CON SU DENTISTA? Sí / No

NUMERO DE TELÉFONO DEL DENTISTA _____ DIRECCIÓN DEL DENTISTA: _____

**PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOLAMENTE
SI DESEA SERVICIOS DENTALES
a ser prestados por Miles of Smiles, Ltd. en la escuela.**

Queridos padres or guardian,
Miles of Smiles, Ltd. y el Illinois Departamento de Salud y Servicios Familiares han organizado para servicios dentales par los niños elegibles. ***Este formulario sirve para obtener su consentimiento para el tratamiento dental o la cirugía oral.*** Dentistas con licencia y sus asistentes llegarán a la escuela de su hijo con equipos portales. Para su hijo ***reciba estos servicios*** USTED DEBE ***PROIACIONAR TODA LA INFORMACIÓN*** SOLICITADA Y ***FIRME EN LAS AREAS INDICADAS.***

¿ESTÁ SU HIJO INSCRITO EN EL PROGRAMA "Medicaid / All kids"?: Sí / No

EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE INCLUIR

EL NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE DESTINARIO DE SU HIJO: _____
(9 DIGITO NUMERO DE IDENTIFICACIÓN SOBRE LA PARTE POSTERIOR DE LA TARJETA DE MEDIPLAN)

** Medicaid/All Kids serán facturados. **

¡IMPORTANTE! FIRMA DE LOS PADRES / GUARDIAN NECESARIO:

(Sólo si desea que estos servicios a ser proporcionados por Miles of Smiles, Ltd.en la escuela.)

Soy el padre (o guardian legal) que tiene el custodio del niño/a menor denominado anteriormente. **Autorizo y doy mi consentimiento** a este niño/a reciba el **tratamiento** dental descrito (en las paginas siguientes), y permito que la enfermera escolar / representantes de la escuela y proveedor dental acceso al registro dental del niño/a. Al grado permitido por la ley, doy mi consentimiento al use y al acceso de la información protegida de la salud del niño/a de menor edad para realizar actividades del pago con respecto a esta reclamación. Autorizo y dirijo por este medio el pago de las reclamación dentales directamente al Miles of Smiles, Ltd.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

MILES OF SMILES, LTD, 2424 N 8TH ST, PEKIN, IL 61554-1547
PHONE: 309-382-6404; FAX: 309-382-6405
MILESOFSMILESLTD@GMAIL.COM; WWW.MILESOFSMILESLTD.COM

**“ALL KIDS” ESCOLARES PROGRAMA DENTAL
TRATAMIENTO DENTAL CONSENTIMIENTO Y INSCRIPCIÓN**

Servicios proporcionado por Miles of Smiles, Ltd. Llame al 309-382-6404 si tiene preguntas.

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre legal de paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de médico: _____ Numero de telefono de médico: _____

Fecha de la ultima visita médica: _____ Razón de la visita médica: _____

1. ¿Actualmente está el paciente bajo el cuidado de un médico? Sí / No

2. ¿Toma el pacient algun medicación de la prescripción y/o sin receta? Sí /No

Si contestó “sí”, liste los medicamentos:

a. _____ Razón _____

b. _____ Razón _____

c. _____ Razón _____

3. ¿El paciente es alergico a la penicilina? Sí / No

4. ¿El paciente es alergico a otros medicamentos? Sí / No

Si contestó “sí”, favor de indicar el medicamento(s) y reacción. _____

5. MUJERES: ¿hay alguna posibilida de que la pacente esté embarazada? Sí / No

Si contestó “sí”: ¿De cuantos meses? _____ ¿Tomando pastillas anticonceptivas? Sí / No

6. ¿El paciente ha recibido anesthesia local antes? Sí / No

Si contestó “sí”, ¿Cualquier reacción adversa? Sí / No Si contestó “si”, ¿Que reacción?

7. ¿El pacientetiene cualquier articulaciones artificiales?

Si contestó “sí”, ¿Cuando se realizó el operación? _____

¿Que articulación? _____

8. ¿El paciente tiene cualquier condición cardíaca? Sí / No

Si contestó “sí”, favor de describir _____

9. ¿Ha recomendado el médico del paciente alguna precaución o medicación especial para el tratamiento dental? Sí / No

Si contestó “sí”, favor de describir _____

10. ¿El paciente tiene, o alguna vez tuvo, cualquiera de los siguientes?

Sí No Comentarios

Dependencia de drogas y/o alcohol _____

Anemia _____

Asma, sibilante al respirar, o problemas de respiración _____

Defectos de nacimiento or geneticos _____

Problemas/enfermades de sangrado o coagulación de la sangre _____

Cáncer, leukemia, u otro tumor _____

Parálisis cerebral _____

Sinusitis crónica _____

Discapacidades de desarrollo _____

Diabetes (problemas de azucar en la sangre) _____

Dolor de oídos _____

Epilepsia, consulsiones, o desmayos _____

Problemas de crecimiento _____

Enfermadad de corazón, soplo cardíaco o cirugía del corazón _____

Hepatitis u otros problemas del hígado _____

VIH y/o SIDA _____

Problemas del riñon _____

Alergia al latex _____

Anemia or rasgo de células falciformas _____

Tratamiento con o uso de esteroides _____

Problemas de la tiroides _____

Uso de tabaco _____

Tuberculosis _____

11. ¿El paciente tiene cualquier alergia no listado? Sí / No

Si contestó “sí”, ¿Que alergia?

12. ¿El paciente tuvo en el pasado, o padece en la actualidad, una condición médica no mencionada anteriormente? Sí / No

Si contestó “sí”, ¿Que condición(-es)?

13. Indique si el paciente tiene: __Ceguera __Problemas de audición __Problemas del habla

¡IMPORTANTE! FIRMA NECESARIO DE LOS PADRES / GUARDIÁN:

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 omission que yo pueda haber cometido al llenar este formularió. Entiendo que es mi responsabilidad informar al dentiste de mi hijo cuando haya un cambio en la condición médica de mi hijo o cuando haya un cambio en las respuestas a cualquiera de las preguntas de arriba.

SU NOMBRE (EN LETRAS DE IMPRENTA): _____

PARENTESCO AL PACIENTE: _____

¿Tiene usted responsabilidad legal sobre este paciente? _____

FIRMA: _____ **FECHA DE HOY:** _____ **HORA:** _____

MILES OF SMILES, LTD, 2424 N 8TH ST, PEKIN, IL 61554-1547

PHONE: 309-382-6404; FAX: 309-382-6405

MILESOFSMILESLTD@GMAIL.COM; WWW.MILESOFSMILESLTD.COM

ALL KIDS ESCOLARES PROGRAMA DENTAL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
Servicios proporcionados por: Miles of Smiles, Ltd. Llame al 309-382-6404 si tiene preguntas

REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DENTAL

1. Muestra a continuación hay **una lista de procedimientos dentales que podría recibir** su hijo, el paciente. Tras el examen inicial, se elaborará un plan de tratamiento para su hijo, el paciente, que será presentado a usted. Antes de cada cita explicaremos el tratamiento específico que recibirá su hijo ese día.
- Procedimientos de Diagnóstico:** Examen, radiografías (rayos x), consulta, fotografías, moldes dentales.
 - inyección de Anestesia Local:** "Medicina entumecedora" que se usa con cuidado para entumecer los dientes y las áreas próximas antes de ciertos procedimientos dentales como las extracciones y los empastes.
 - Dique Dental de Goma.** Una lámina de goma latex que se use para aislar cuidadosamente los dientes que necesitan tratamiento dental.
 - Empastes/Coronas Dentales.** Dependiendo del tamaño de la caries dental y de la ubicación del diente en la boca, lo siguiente puede hacerse. Diente anterior: empaste/corona de color blanco. Diente posterior o canino: empaste de amalgama de plata o corona de acero inoxidable.
 - Tratamiento de la Pulpa (Nervio Dental):** Un procedimiento para salvar los dientes de leche y algunas piezas 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 masticación. Además, los dientes de leche mantienen el espacio para los dientes adultos que crecen de abajo de ellos.
 - Extracción de un Diente.** Pueden extraerse debido a infección, herida, causas ortodónticas (apiñamiento dental), o si están enfermos y no pueden salvarse mediante ningún procedimiento dental.

¿Desea que ser contactado antes de procedimientos como las extracciones? Sí / No
Si no podemos contactar con usted y usted ha indicado "Sí" con un círculo, no procederemos con el tratamiento ese día.

2. El personal dental de Miles of Smiles, Ltd. me ha explicado en términos generales la naturaleza y propósito del tratamiento y de los procedimientos. 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 de cada uno de ellos, así como el pronóstico si no se lleva a cabo el tratamiento.
3. Se me ha advertido que, si bien se espera que los resultados del tratamiento sean adecuados, no pueden anticiparse con exactitud la posibilidad y 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.
4. **Riesgos y Complicaciones:** Aunque no son frecuentes, existen algunos **riesgos y complicaciones** con los procedimientos dentales o la cirugía oral. Las **complicaciones más comunes** asociadas al tratamiento especial incluyen las **lesiones** si el paciente **se muerda 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 material dental, 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 de tratamiento, y de 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) después de ciertos procedimientos dentales.** Por lo tanto, se recetarán antibióticos antes de tratamiento para minimizar los riesgos. Además entiendo y acepto que las complicaciones podrían requerir tratamiento médico, dental o quirúrgico adicional que podría necesitar la hospitalización.

Por favor inicial después de leer sección 4: _____

5. 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 de tratamiento dental de mi hijo, el paciente. También entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento al tratamiento en cualquier momento. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo decida anularlo.

Por favor inicial después de leer sección 5: _____

¿Tiene usted alguna objeción? Sí / No

Si contestó "sí", favor de explicar: _____

ALL KIDS ESCOLARES PROGRAMA DENTAL DENTAL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
Servicios proporcionado por: Miles of Smiles, Ltd. Llame al 309-382-6404 si tiene preguntas

REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DENTAL

6. -Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo y solicito a los dentistas de Miles of Smiles, Ltd. asistidos por el personal dental de su elección, a proporcionar a mi hijo (o menor bajo tutela en cuyo nombre se me autoriza a dar consentimiento) el tratamiento dental o la cirugía oral que se indican.
 -Además, por la presente hago constar que he recibido una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de este consultorio dental. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener acerca de este Aviso.

-Miles of Smiles, Ltd. estará en una ubicación brevemente. Debido a esto, MILES OF SMILES, LTD. NO PUEDE asumir la responsabilidad de completar la atención para este niño o para proveerle continuidad en la atención para este niño.

-Si Miles of Smiles, Ltd. inicia el tratamiento de este niño y no puede terminarlo en el tiempo que esté en su localidad, es su responsabilidad hacer otros arreglos para la atención de este niño.
 Por favor inicial después de leer sobre su responsabilidad (como padre/guardián) en este asunto: _____

-Cuando Miles of Smiles, Ltd. esté en su localidad, el personal tratará de ayudarle a encontrar un proveedor local de servicios dentales, sin embargo no podemos garantizar que se puedan hacer esos arreglos.

Fecha de Hoy: _____ Hora: _____

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de quien llena el formulario (por favor imprima): _____

Firma de quien llena el formulario _____

Su relación al paciente: _____

¿Tiene usted responsabilidad legal sobre este paciente? Si / No

Numero de teléfono donde podemos contactarlo en el día durante las jornadas de clinica:

Celular: _____

Domicilio: _____

Trabajo: _____

Otro contacto de emergencia (si usted no puede ser localizado)

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____

Relación al paciente: _____

**ALL KIDS ESCOLARES PROGRAMA DENTAL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO;
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DENTAL
Aviso de Practicas de Privacidad para Información de Salud Protegida**

Este aviso describe cómo la información médica sobre su hijo puede ser utilizada y divulgada y como puede acceder a esta información. ¡Por favor revíselo cuidadosamente!

Con su consentimiento, la práctica es permitida por las leyes de privacidad para hacer usos y divulgaciones de su información médica para fines de tratamiento, pago, y operaciones, de atención médica. Información de salud protegida es la información que creamos y obtenemos en ofrecer nuestros servicios a usted. Tal información puede incluir documentando síntomas, examen y resultados de prueba, diagnósticos, tratamiento, y aplicar para el cuidado futuro o tratamiento. También incluye documentos de facturación para los servicios.

Podemos divulgar información de salud de su hijo solamente para los propósitos como usted haya consentido; y cualquier persona o entidad a quien nosotros divulgar dicha información se requerirá su consentimiento que utilizará la información solamente para los propósitos que usted haya consentido y que no harán ninguna otra o subsiguiente divulgación de esa información

Ejemplos del uso de Información Médica de su hijo para Propósitos de Tratamiento:

Una enfermera obtiene información acerca de su hijo y coloca en un registro de salud. Durante el curso de tratamiento de su hijo, el doctor determina la necesidad de consultar con otro especialista en el área. El doctor compartirá información con tal especialista y obtener consejo.

Ejemplo del uso de Información Médica para fines de Pago:

Presentamos una solicitud de pago a sus compañía de seguro de salud. La compañía solicita información de nosotros sobre atención médica. Proporcionaremos la información a ellos sobre usted y el cuidado dado.

Ejemplo del uso de Información Médica de su hijo para Operaciones de atención de Salud:

Obtenemos los servicios nuestros aseguradores u otros socios de negocio como evaluación de calidad, mejora de la calidad, evaluación de resultados, protocolo y desarrollo de guías de practica clinica, los programas de capacitación, acreditación revisión médica, servicios legales y seguros. Compartiremos la información acerca de su hijo con tales aseguradores u otros socios de negocio como necesario para obtener estos servicios.

Sus Derechos con respecto a la Información Médica:

El registro de salud que mantenemos y registros de facturación son la propiedad física de la practica. Sin embargo, la información contenida en ellos pertenece a usted. Usted tiene derecho :

- para solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de información médica de su hijo al entregar la solicitud por escrito a nuestra oficina. No estamos obligados a conceder la petición pero conformaremos con cualquier petición concedida;
- para solicitar que sea permitido inspeccionar y copiar su registro de salud de su hijo y el registro de facturación—puede ejercer este derecho por escrito a nuestra oficina;
- para apelar una negación de acceso a la información protegida de su hijo excepto en ciertas circunstancias;
- para solicitar que el registro de salud de su hijo modificarse a la correcta información incompleta o incorrecta al entregar una solicitud por escrito a nuestra oficina;
- para presentar una declaración de desacuerdo si la enmienda es denegado y y requerir que la solicitud de enmienda y cualquier negación fijarse en todas las futuras declaraciones de información protegida de salud de su hijo;
- para obtener un informe de divulgaciones de información médica de su hijo como necesaria para mantener la ley mediante la entrega de la solicitud por escrito a nuestra oficina. Una contabilidad no incluirá usos internos de la información para tratamiento, pago, u operaciones, divulgaciones hechos a usted o a su petición, o divulgaciones hechas a los miembros de la familia o amigos en el curso de la atención;
- para solicitar que la comunicación de información médica de su hijo se hace por medios alternativos o en una ubicación alternativa al entregar la solicitud por escrito a nuestra oficina, y;
- para revocar las autorizaciones que hiciste anteriormente para usar o divulgar información excepto en la medida de información o acción ya se ha tomado mediante la entrega de una revocación escrita a nuestra oficina.

Si desea ejercer cualquiera de los derechos anteriores, por favor póngase en contacto con **Miles of Smiles, Ltd.** en persona o por escrito durante las horas de negocio. Te proveerán asistencia sobre los pasos a seguir para ejercer sus derechos.

Nuestras responsabilidades. La practica es obligada para:

- Mantener la privacidad de la información medical de su hijo como requerido por la ley;
- proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones y practicas de privacidad en cuanto a la información que recopilamos y conservamos sobre su hijo;
- Atenerse a los terminos de este aviso;
- Notificarle si no podemos dar cabida a una restricción solicitada o solicitud.; y
- Acomodar sus peticiones razonables con respecto a los métodos para comunicar la información de salud con usted.

Nos reservamos el derecho de modificar, cambiar, o eliminar las disposiciones en nuestras practicas de privacidad y practicas de acceso y promulgar nuevas disposiciones con respecto a la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras practicas de información cambian, nosotros enmendaremos nuestro Aviso. Usted tiene derecho recibir una copia revisada de Aviso llamando y solicitando una copia de nuestro "Aviso" o visitando nuestra oficina y recoger una copia.

Para Solicitar Información or Presentar una Queja. Si usted tiene preguntas, desea información general, o desea informar de un problema en relación con el manejo de su información, puede comunicarse con Miles of Smiles, Ltd. Además, si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violadas, usted puede presentar una queja por escrito a nuestra oficina mediante la entrega de la queja por escrito a Miles of Smiles, Ltd. También puede presentar una queja por correo o enviar por correo electrónico a el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

- No podemos y no requerirán que usted renuncia a presentar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) como condición para recibir el tratamiento de la práctica. No podemos y no talionaremos contra usted para archivar una queja con el Secretario.

Otros Divulgaciones y Usos

Notificación A menos que usted se oponga, podemos utilizar o divulgar la información protegida de salud de su hijo para notificar o asistir en la notificación, un miembro de su familia, representante personal u otra persona responsable de cuidado de su hijo, sobre su ubicación y condición general de su hijo, o muerte.

Comunicación con la familia Con la ayuda de nuestro mayor criterio, podemos revelar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano, o cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante a la participación de esa persona en el cuidado de su hijo, o en el pago de dicha atención, si no objetará, o en caso de emergencia.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) Podemos divulgar información de salud protegida de su hijo referente a eventos adversos con productos y defectos en el producto a la FDA.

Salud Pública Como requerido por la ley, podemos divulgar información de salud protegida de su hijo a las autoridades de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.

Abuso y Negligencia Podemos divulgar información de salud protegida de su hijo a las autoridades públicas según lo permitido por ley a informar abuso o negligencia.

Supervisión de Salud La ley federal nos permite divulgar información protegida de la salud de su hijo a agencias de supervisión de salud apropiadas o para actividades de supervisión de salud.

Procedimiento Judicial / Administrativo Podemos divulgar información protegida de su Hijo en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo como permitido o requerido por la ley, con su consentimiento o según lo dirigido por un adecuado orden judicial.

Otros Usos Otros usos y divulgaciones además de las señaladas en el presente Aviso se realizarán solo como otra forma autorizada por la ley.

El Sitio de Web Si mantenemos un sitio web que proporcionará información acerca de nuestra entidad, este Aviso será en el sitio web.

MILES OF SMILES, LTD, 2424 N 8TH ST, PEKIN, IL 61554-1547
PHONE: 309-382-6404; FAX: 309-382-6405

MILESOFSMILES LTD@GMAIL.COM; WWW.MILESOFSMILES LTD.COM