



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

**Champaign-Urbana Public Health District**



Clínica Dental de niños del Distrito De Champaign-Urbana salud pública estara visitando la escuela de su hijo este año para proporcionar servicios dentales. Estos servicios cumplen con el requisito del estado de Illinois para pruebas de examen Dental el 15 de mayo del 2018.

Servicios dentales incluyen un examen, limpieza, florudo y sellantes dentales que ayudan a prevenir las caries, si es necesario, para todos los niños elegibles. También, si usted da su consentimiento, el dentista puede rellenar pequeñas caries si volvemos a la escuela de su hijo. Todos los servicios son proporsionados por dentistas profesionales con lincencia dental de Illinois, higienistas dentales y las funciones de asistentes dentales que siguen normas estrictas de Control de infección Universal y mantienen los más altos estándares de cuidado dental.

### **¡Servicios están disponibles sin costo para usted!**

Por favor use tinta para completar y firmar el formulario de consentimiento y regresar a la escuela de su hijo en los próximos 5 días.

<b>Distrito de salud pública de Champaign Urbana Children's Dental Clinics 217-531-4279</b>	
<b>Children's Dental Clinic 201 West Kenyon Road Champaign</b>	<b>Urbana School Health Center 1002 South Race Street Urbana</b>

# 2017-18 ESCUELA DENTAL SERVICIOS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

La escuela de su hijo ha dispuesto que el Distrito Escolar de Champaign-Urbana provea servicios dentales en la escuela para cumplir con los requisitos del examen dental del estado de Illinois.  
Estos servicios le serán proporcionados sin costo alguno.

Al completar y firmar este formulario usted consiente que su hijo (a) sea examinado (a) dental, limpieza, fluoruro y selladores dentales (si es elegible). También tiene la opción de dar su consentimiento para llenar pequeñas cavidades a continuación.

## Instrucciones para completar este formulario:

- Imprimir
  - Use Ink Pen (No Pencil)
  - Completa ambas páginas
  - 1 completa la forma para cada niño
  - Firmar y fechar la parte inferior
  - Regresar a la escuela
- \*\* No se aceptarán formularios incompletos

Sí, deseo que el dentista también llene cavidades si regresa a la escuela de mi hijo.  
(Se le notificará si el dentista va volver a prestar este servicio; agente anestésico puede ser utilizado.)

Nombre y apellidos del niño \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Hembra  Macho

Escuela \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

¿Este niño esta en adopción temporal?  Yes  No

En caso afirmativo, se puede hacer sólo un examen a menos que conecte un consentimiento DCFS actual y la física.

### Rasa:

Asiatico  Negro o afroamericano  Indio Americano o Alaska  Hawaiano o isleño del Pacifico  blanco

Etnicidad:  Hispano o Latino  No-Hispano  Prefiero no contestar

¿Cual es su lenguaje primario? \_\_\_\_\_

Tu Nombre \_\_\_\_\_  Madre  Padre  Padre adoptivo  Tutor Legal

Calle \_\_\_\_\_ apartamento \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ codigo postal \_\_\_\_\_

número de teléfono: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro para niños:  Ninguno  Illinois Medicaid Program  Meridian  Molina  Otro (favor de anotar abajo)

Número de identificación de su hijo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Número de identificación de 9 dígitos al lado del nombre del niño en la tarjeta

Por favor, escriba el nombre de cualquier otro seguro DENTAL en el que su hijo esté inscrito:

Continuar en la siguiente página 

POR FAVOR COMPRUEBE CUALQUIER CONDICIONES MÉDICAS QUE SU NIÑO TIENE O HA SIDO EN EL PASADO:

<p><input type="checkbox"/> <b>Ninguna condición médica conocida</b></p> <p><input type="checkbox"/> ADD, ADHD (imperrativo), o relacionados</p> <p><input type="checkbox"/> SIDA o VIH (positivo)</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia, Hemofilia, Sangrado excesivo u otros trastornos sanguíneos ¿tipo? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales</p> <p><input type="checkbox"/> Asma Si está marcado, ¿usa un nebulizador o en haler? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Autismo</p> <p><input type="checkbox"/> Transfusión de sangre, fecha: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer, tipo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas crónicos del estómago</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón Dañado o Artificial</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca o planificación Cirugía cardíaca o ¿Está obligado a pre-medicar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Otras enfermedades cardíacas o cardiovasculares Tipo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes, Tipo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia o trastornos convulsivos</p>	<p><input type="checkbox"/> Eczema</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuente urticaria o ronchas en la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Personas con dificultades auditivas y/o dificultades de visión (Por favor circule)</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia u otra enfermedades del hígado</p> <p><input type="checkbox"/> Alta o baja la presión arterial (circule por favor)</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de tabaco, alcohol o drogas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> La enfermedad renal</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de sangrado menstrual</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidades físicas, por favor, lista: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazada</p> <p><input type="checkbox"/> Psiquiátricos, Discapacidades Mentales o Problemas de Comportamiento, por favor, lista: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis, alergias estacionales o fiebre del heno</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia falciforme</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugías: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia o tratamientos de radiación para crecimientos o tumores o tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> Otras enfermedades, condiciones, o problemas médicos no mencionados arriba: _____</p>
---	---

POR FAVOR, ANOTE LOS MEDICAMENTOS, ANTIECONCEPTIVOS, SUPLEMENTOS, O VITAMINAS QUE ESTE TOMANDO SU HIJO:

Lista de Medicamentos: \_\_\_\_\_

**Mi hijo no toma ningún medicamento, anticonceptivos orales, suplementos o vitaminas**

**IS YOUR CHILD ALLERGIC TO ANY OF THE FOLLOWING?**

<p><input type="checkbox"/> <b>No alergias conocidas</b></p> <p><input type="checkbox"/> Yodo</p> <p><input type="checkbox"/> Látex (guantes, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Sulfa o Sulfito Drogas</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefalexina (Keflex)</p> <p><input type="checkbox"/> Clindamicina (Cleocin)</p> <p><input type="checkbox"/> Eritromicina</p> <p><input type="checkbox"/> Penicilina/Amoxicilina/Augmentin</p> <p><input type="checkbox"/> Otro antibiótico: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Aspirina</p> <p><input type="checkbox"/> Codeína</p> <p><input type="checkbox"/> Ibuprofeno</p> <p><input type="checkbox"/> Tylenol</p> <p><input type="checkbox"/> Otros analgésicos: _____</p>
--	--	--

"A mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al proveedor dental de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo."

Al firmar este formulario, usted da permiso para tratar a su hijo y también verificar que ha recibido una copia de sus Derechos de Privacidad y ha leído el formulario adicional sobre HIPPA. Esto también le dará permiso para IDPH auditorías de aseguramiento de calidad para llevar a cabo y proveedores para regresar a su escuela y vuelva a verificar selladores de su hijo y para C. UPHD vuelva a verificar y sustituir selladores que falta. Este formulario también proporciona permiso para escuela de su hijo para proporcionar información adicional para usted a C-UPDH, según sea necesario para discutir el tratamiento dental

Madre/ Padre/ tutor legal firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Champaign-Urbana Public Health District

## Aviso de Prácticas de Privacidad Formulario de 7,20

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.

Información de salud protegida (PHI), acerca de usted, que se mantiene como un registro escrito y/o electrónico de sus contactos o vistas a los servicios de salud con nuestra práctica. Específicamente, PHI es información sobre usted, incluyendo información demográfica (por ejemplo, nombre, dirección, teléfono, etc.), que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futura condición de salud física o mental y los servicios de salud relacionados.

Se requiere Nuestra práctica de seguir reglas específicas sobre el mantenimiento de la confidencialidad de su información médica, uso de la información, y divulgar o compartir esta información con otros profesionales sanitarios implicados en su cuidado y tratamiento. Este Aviso describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida. También se describe cómo seguimos normas aplicables y usar y divulgar su PHI para proporcionar a su tratamiento, obtener el pago por los servicios que recibe, administrar nuestras operaciones de atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley.

### Sus derechos bajo la Regla de Privacidad

Lo que sigue es una declaración de sus derechos, de conformidad con la Regla de Privacidad, en referencia a su PHI. Por favor, siéntase libre de hablar de cualquier pregunta con nuestro personal.

Usted tiene el derecho de recibir, y estamos obligados a proporcionarle una copia de este Aviso de prácticas de privacidad - Tenemos la obligación de seguir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. Si usted lo solicita, nosotros le proporcionaremos un Aviso de Prácticas de Privacidad si llama a nuestra oficina y pida que le envíen una copia revisada por correo o pedir uno a la hora de su próxima cita. El aviso también se publicará en un lugar visible dentro de la práctica, y si tal es mantenido por la práctica, en el Web site.

Usted tiene el derecho de autorizar otro uso y revelación -

Esto significa que usted tiene el derecho de autorizar el uso o divulgación de su PHI que no esté especificado en este aviso. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de marketing, para la mayoría de usos o revelaciones de las notas de psicoterapia, o si tenemos la intención de vender su PHI. Usted puede revocar una autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto hasta el punto de que su proveedor de atención médica o nuestra práctica ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

Usted tiene el derecho de solicitar un medio alternativo de comunicación confidencial -

Esto significa que usted tiene el derecho de pedirnos que en contacto con usted acerca de asuntos médicos utilizando un método alternativo (por ejemplo, correo electrónico, teléfono), y para un destino (es decir, número de teléfono celular, dirección alternativa, etc.) designado por usted. Usted nos debe informar por escrito, utilizando un formulario proporcionado por nuestra práctica, cómo desea ser contactado si es distinta de la dirección / número de teléfono que tenemos en archivo. Vamos a seguir todas las solicitudes razonables.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI -

Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico completo. Si se mantiene su registro de salud electrónica, usted también tendrá el derecho de solicitar una copia en formato electrónico.

Tenemos el derecho de cobrar un cargo razonable por copias en papel o electrónicas según lo establecido por profesional, estatales o las normas federales.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su PHI -

Esto significa que usted nos puede pedir, por escrito, a no utilizar o revelar cualquier parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, vamos a cumplir con él, salvo en circunstancias de emergencia, cuando la información sea necesaria para su tratamiento. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de restricción. Usted tendrá el derecho de solicitar por escrito, que se restrinja la comunicación a su plan de salud con respecto a un tratamiento o servicio específico que usted, o alguien en su nombre, ha pagado en su totalidad, fuera de su propio bolsillo. No se nos permite negar este tipo específico de solicitud de restricción.

Usted puede tener el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida -

Esto significa que usted puede solicitar una enmienda de su PHI durante el tiempo que mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud.

Usted tiene el derecho de solicitar una rendición de cuentas de divulgación -

Esto significa que usted puede solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho, de su PHI, a las entidades o personas fuera de nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de recibir un aviso de violación de privacidad

Usted tiene el derecho de recibir notificación por escrito si la práctica descubre una violación de su PHI no segura, y determina a través de una evaluación del riesgo de que se requiere la notificación.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad, no dude en ponerse en contacto con nuestro Director de Privacidad. La información de contacto se proporciona en la página siguiente bajo Quejas de privacidad.

Cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida

Los siguientes son ejemplos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida que se nos permite hacer. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los posibles tipos de usos y revelaciones.

Tratamiento -

Podemos utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero que esté involucrado en su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, podríamos divulgar su PHI, según sea necesario, a una farmacia que surtir sus recetas. También divulgaremos su PHI a otros proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en su cuidado y tratamiento.

Avisos especiales -

Podemos usar o divulgar su PHI, según resulte necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita. Podemos comunicarnos con usted por teléfono o por otros medios para proporcionar los resultados de los exámenes o pruebas y para proveer información que describe o recomienda alternativas de tratamiento con respecto a su cuidado. También, podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud ofrecidos por nuestra oficina, para las actividades de recaudación de fondos, o con respecto a un plan de salud de grupo, a revelar información al patrocinador del plan de salud. Usted tendrá el derecho de optar por este tipo de avisos especiales, y, en el aviso incluirá instrucciones para excluirse.

Pago -

se utilizará su PHI, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de salud. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar por los servicios de atención médica que recomendamos para usted, tales como, hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de seguro.

Operaciones de atención médica - Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI a fin de apoyar las actividades comerciales de nuestra práctica. Esto incluye, pero no está limitado a la planificación empresarial y el desarrollo, la evaluación de la calidad y mejora, revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría y de las actividades de seguridad del paciente.

Organización de Información de Salud - La práctica puede optar por utilizar una organización de la información de salud, o cualquier otra organización para facilitar el intercambio electrónico de información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Para otras personas involucradas en su atención médica -

A menos que usted se oponga, podemos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona, que identifique, su información médica que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar tal revelación, podemos divulgar información como necessary si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, de su condición general o muerte. Si usted no está presente o no puede aceptar u oponerse al uso o divulgación de la PHI, a continuación, su proveedor de atención médica puede, utilizando su criterio profesional, determinar si la divulgación es en su mejor interés. En este caso, sólo la PHI que es necesario será compartida.

Otros Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones -

También nos permite usar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes fines: como lo requiere la ley, para actividades de salud pública, las actividades de supervisión de la salud, y en casos de abuso o negligencia; para cumplir con los requisitos de Food and Drug Administration, con fines de investigación, procedimientos legales, fines policiales; médicos forenses, directores de funerarias; donación de órganos; actividad criminal; actividad militar; seguridad nacional; compensación al trabajador, cuando un recluso en un centro penitenciario, y si lo solicita el Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad.

Quejas de privacidad

Usted tiene el derecho de quejarse con nosotros, o directamente a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando al Administrador de Privacidad en (217) 352-7961. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.