



**¡El Programa de Higiene Oral Smiles 4 Life, ahora se está ofreciendo en la Escuela!**

**Forward Health (BadgerCare) Se Aceptan Tarjetas!**

Por favor complete la pagina adjunta 'Enrollment Form' y devuélvela a la escuela.

El programa Smiles 4 Life ofrece:

Examen Oral

Limpieza

Aplicador de Flúor (decaimiento prevención)

Selladores (cavidad prevención)

**Esperamos poder dar cuidado a su hijo/hija!**



# FORMULARIO DE INSCRIPCION DE SMILES 4 LIFE

www.smiles4lifedental.org

Nombre de la Escuela : \_\_\_\_\_

## Inscripción del Estudiante

Sí, por favor inscriba a mi niño.

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido : \_\_\_\_\_ Segundo : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Raza:  Blanco  Hispano  Negro  Asiático  Natrivo Americano Otro: \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Tipo de seguro dental:  BadgerCare/Forward Health  Sin seguro  Otro

Primer Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal Diurno : \_\_\_\_\_ Correo Electrónico : \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal : \_\_\_\_\_

## Historia de la Salud del Estudiante

En caso afirmativo, por favor explique, sea específico.

¿Tiene alguna alergia su niño? (Smiles 4 Life no usa Latex): \_\_\_\_\_  YES  NO

¿A su niño le han diagnosticado alguna discapacidad física o mental? \_\_\_\_\_  YES  NO

¿Su niño usa alguna medicina recetada por un doctor? \_\_\_\_\_  YES  NO

## AUTORIZACIÓN



Yo entiendo que al firmar este formulario, se le va a proporcionar tratamiento de AQUI cuidado oral preventivo, constante a mi niño. Yo autorizo pagos del seguro por los servicios proporcionados por Smiles for Life, Inc.

Firma de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Mad ambos cuadros:

Yo he recibido la Notificación acerca de la Práctica de la Privacidad, adjunta y se me ha dado la oportunidad de revisarla.

*Se le recomienda encarecidamente que usted busque un lugar de servicios dentales personales (dentista de la familia) para el cuidado dental de rutina, incluyendo cualquier seguimiento del tratamiento que podría ser recomendado después de que su hijo haya completado este programa escolar de salud oral.*



## Cobertura Para Estudiantes de Smiles 4 Life

El tratamiento del cuidado oral preventivo inicial y constante, tiene cobertura para los estudiantes con la tarjeta Forward Health (Badger Care).

## No Forward Health (BadgerCare) Tarjeta

Examen Oral	\$13.00
Limpieza	\$29.00
Aplicación de Fluoruro	\$15.00
Selladores	\$20.00/Diente

\*Tarifas estan sujetas a cambio sin previo aviso.

Su dependiente recibirá un examen oral, una limpieza y un aplicador de flúor. Antes de la aplicación del sellador, usted será contactado por el coordinador de Smiles 4 Life para obtener su previa autorización.

## Cuestión? Call (262) 896-9891

## Smiles 4 Life, Inc – AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información referente a asuntos médicos, drogas y alcohol relacionados con usted, podría ser usada y revelada, y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revísela cuidadosamente.

### **INFORMACIÓN GENERAL:**

La información acerca de su tratamiento y cuidado, incluyendo el pago por el servicio, está protegida por dos leyes federales.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”) y la Ley de Privacidad. Bajo estas leyes, el programa no puede decirle a una persona fuera del programa que usted está en el programa. El programa tampoco puede revelar ninguna información identificándolo a usted como una persona que abusa de las drogas o del alcohol, o revelar otra información protegida, exceptuando las autorizadas por las leyes federales como se indica más abajo.

El programa debe obtener su consentimiento por escrito antes de que pueda revelar información acerca de usted, con el propósito de recibir pagos. Por ejemplo, el programa debe obtener su consentimiento por escrito antes de que pueda revelar información a su compañía de seguros, para que a ésta se le pueda pagar por sus servicios. Generalmente, usted también puede firmar un consentimiento por escrito antes de que el programa pueda compartir información con el propósito de recibir tratamiento o para una operación del cuidado de la salud. Sin embargo, la ley federal permite al programa revelar información bajo las siguientes circunstancias, sin su consentimiento por escrito:

Al personal del programa, con el propósito de proporcionar tratamiento y mantener el expediente clínico.

Basado en un acuerdo con un proveedor afiliado (por ejemplo: laboratorios clínicos, farmacia, servicios de almacenamiento de expedientes, servicios de facturación);

Para investigación, auditoría o evaluaciones (por ejemplo: revisión de la licencia del Estado, acreditación, reporte de datos del programa como lo requiere el gobierno Estatal y/o Federal);

Para reportar un delito cometido en el sitio del programa o en contra del personal del programa;

Al personal médico en una emergencia médica psiquiátrica;

A las autoridades apropiadas para reportar sospecha de abuso o negligencia en contra de niños;

Para reportar ciertas enfermedades infecciosas como lo requiere la ley estatal;

Con la autorización de una orden del tribunal.

Antes de que el programa pueda ser usado, o cualquier información acerca de su salud pueda ser revelada de alguna forma, la cuál no está descrita como se indica anteriormente, debe obtener primero su consentimiento específico por escrito en el que usted permita que se haga la revelación.

Cualquier consentimiento por escrito, debe ser revocado por usted, por escrito. (NOTA: Revocar el consentimiento para revelar la información a un tribunal, departamento de libertad condicional, oficina de libertad bajo palabra, etc., podría violar un acuerdo que usted pudiese tener con esa organización. Esta violación podría resultar en consecuencias legales para usted).

### **AVISO DE PRIVACIDAD, SUS DERECHOS:**

Bajo HIPAA, usted tiene el derecho a requerir ciertas restricciones para ciertos usos y revelaciones referentes a la información de su salud y tratamiento. No es requerido que el programa esté de acuerdo con todas las restricciones que usted requiera, pero si están de acuerdo con éstas, son limitadas a ese acuerdo, que no se puede usar o revelar ninguna información que usted haya restringido, exceptuando la información necesaria en una emergencia médica.

Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted, a través de medios alternativos, o en un lugar alternativo (por ejemplo, en otra dirección). El programa acomodará las peticiones que son razonables y que no requieran una explicación suya.

Bajo HIPAA, usted también tiene el derecho de inspeccionar y de copiar su propia información de salud y tratamiento, que es mantenida por el programa, excepto cuando llegue al punto de que la información contenga notas acerca de sicoterapia o información acumulada para ser usada en un procedimiento civil, criminal o administrativo, o en otras circunstancias limitadas.

Bajo HIPAA, usted también tiene el derecho, con algunas excepciones, de corregir información del cuidado de la salud mantenida en los expedientes del programa y a recibir un informe de información relacionada a revelaciones de su salud hechas por el programa, durante los seis (6) años previos a su petición.

Si su petición a cualquiera de las anteriores cláusulas denegada, usted tiene el derecho a pedir una revisión de la denegación hecha por el Administrador del programa.

Para hacer cualquiera de las peticiones mencionadas, usted debe completar el formulario apropiado, que será proporcionado por el programa.

### **EL USO DE SU INFORMACIÓN EN EL PROGRAMA:**

Para poder darle el mejor servicio, el programa establecerá la información acerca de su salud y tratamiento, en las siguientes formas:

La comunicación entre el personal del programa (incluyendo estudiantes u otros pasantes), con el propósito de establecer lo que necesita para su tratamiento, planificación del tratamiento, reporte de progreso y revisión, supervisión del personal, reporte de incidente, administración de medicamentos, operaciones de facturación, mantención de expedientes médicos, planificación del alta y otros procesos relacionados al tratamiento. Comunicación con Afiliados de Negocios, tales como laboratorios clínicos, servicios de comidas, agencias que proveen servicios en el lugar y almacenamiento de datos a largo plazo.

### **RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA:**

La ley requiere que el programa mantenga la privacidad de la información de su salud y de proporcionarle un aviso relacionado con las responsabilidades legales y privacidad de la práctica, con respecto a la información de su salud. La ley requiere que el programa acate los términos de este aviso. El programa se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y de crear nuevas pólizas del aviso, efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene. El programa proveerá a los pacientes actuales, con un aviso al día, y proveerá a los pacientes anteriores, a quienes los nuevos avisos les afecten, con nuevos avisos, cuando los cambios que se hagan al aviso sean significativos.