



HEALTH PARTNERS OF WESTERN OHIO
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE DIVULGACION DENTAL
PORFAVOR RESPONDA SI O NO, FIRMELO, Y RETORNE EL FORMULARIO A LA ESCUELA



Nuestra Salud Oral Excede el Equipo vendrá a su escuela y ofrecerá exámenes, limpiezas de dientes, tratamientos de fluoruro, y selladores dentales a estudiantes. Los chequeos dentales regulares son una parte importante de la salud total. Facturaremos Seguro de enfermedad y Seguro Privado. Esta visita será considerada una visita preventiva por su compañía de seguros. Si su niño no tiene ninguna cobertura de salud no habrá NINGÚN precio. Nuestro centro puede ayudar a contratar usted y su familia para el seguro, de ser elegible. El programa está abierto a todos los niños.

Con este consentimiento, su hijo será revisado nuevamente el próximo año escolar y se aplicarán los selladores, según sea necesario.

Apellido del niño: _____ Nombre: _____ Femenino Masculino
 Nombre de la escuela: _____ Grado _____ Clase # _____ Maestro: _____

Por favor, marque Sí o No y complete el formulario como se indica:

Sí, doy mi consentimiento informado para que mi hijo participe en el Programa de Asistencia Dental Basado en la Escuela. Complete el resto de este formulario, IMPRIMA Y FIRME en la parte inferior y devuélvalo a la escuela.

No, no quiero que mi hijo reciba servicios dentales. Deténgase aquí y firme: _____

Fecha de nacimiento del niño: ____ / ____ / ____ SSN del niño: ____ - ____ - ____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Condado: _____

Race (marque todo lo que corresponda)	Blanco	Negro/Afroamericano	Asiático	Islaño del Pacífico/ Nativo hawaiano	Nativo Americano/ Nativo de Alaska	Otro
--	--------	---------------------	----------	---	---------------------------------------	------

¿Es su hijo hispano? Sí No

¿Tiene su hijo algún problema de salud grave? Sí No
 En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____

¿Tu hijo tiene alguna alergia? (es decir: acrílicos/plásticos/abeja /látex, etc.)
 No Sí Explique: _____

Nombre del Dentista Familiar: _____

Seguro Dental

Nombre de la compañía de seguros privada dental _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Empleador: _____

de ID: _____

Identificación del grupo #: _____

No se requiere ningún pago de usted para este programa. Se hace posible a través de subvenciones federales y la facturación de seguros basados en el gobierno. Si su hijo tiene cobertura de seguro a través de uno de los seguros a continuación, proporcione la información que se encuentra en la targeta.



Número de MMIS _____ Billing o ID# _____

He leído y completado la información en este formulario de consentimiento y mi firma a continuación da el consentimiento para el tratamiento y es válida para este año escolar y el próximo. He leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad al dorso de este formulario y sé que hay una copia disponible en la oficina de la escuela o en hpwohio.org. Este formulario, cuando está firmado y completado, contiene información médica protegida y la información se debe proteger de acuerdo con la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico (HIPAA).

Firma Del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Escriba el Nombre Del padre / tutor _____

Para encontrar un consultorio médico o dental cerca de usted, visite nuestro sitio web.
www.hpwohio.org or call 419-221-3072



Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTAMOS COMPROMETIDOS A PROTEGER LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD. ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su condición de salud física, mental o de salud mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información médica protegida puede ser utilizada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle servicios de atención médica, pagar sus cuentas de cuidado de salud, respaldar el funcionamiento de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Utilizaremos y revelaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al que ha sido referido para asegurarse de que el médico tiene la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida se usará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital.

Operaciones de Atención Médica: Podemos utilizar o revelar, según sea necesario, su información médica protegida para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, la revisión de los empleados, la capacitación de estudiantes de medicina, la concesión de licencias, la recaudación de fondos y la realización o la organización de otras actividades. Por ejemplo, podemos revelar su información médica protegida a los estudiantes de la escuela de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarse con usted para recordarle su cita e informarle sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés.

Podemos utilizar o divulgar su información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo requiere la ley, las cuestiones de salud pública requeridas por la ley, las enfermedades transmisibles, la supervisión de la salud, el abuso o la negligencia, los requisitos de administración de alimentos y drogas, los procedimientos legales, la aplicación de la ley, los forenses, los directores de funerarias, donación de órganos, La actividad militar, la seguridad nacional, la indemnización de los trabajadores, los reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos. Bajo la ley, debemos hacerle revelaciones a su petición. Bajo la ley, también debemos revelar su información médica protegida cuando sea requerida por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos bajo la Sección 164.500.

Otros usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos Se hará sólo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar amemos que lo requiera la ley. **Usted puede renovar la autorización**, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en dependencia del uso o revelación indicado en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida (pueden aplicarse tarifas) Sin embargo, bajo la ley federal no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia; Información recolectada con antropación razonable o utilizada en una acción de procedimiento civil, penal o administrativo; información de salud protegida restringida por la ley; información relacionada con investigaciones médicas en la que usted ha aceptado participar; información cuya divulgación puede resultar en daño o lesión a usted o a otra persona, o información que se obtuvo bajo una promesa de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida – Esto significa que usted puede solicitarnos que no utilicemos o divulguemos ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no sea revelada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quién desea que se aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar la restricción solicitada.

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales– Usted tiene el derecho de solicitar comunicación confidencial de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a solicitud, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida – Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proveeremos una copia de tal refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones – Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de todas las revelaciones excepto para revelaciones en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, requerido por ley, que ocurrió antes del 14 de abril de 2003, o seis años antes de la fecha de esta solicitud.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y a hacer nuevas revisiones de avisos electrónicos para toda la información de salud protegida que mantenemos por:

- Publicación del aviso revisado en nuestras instalaciones
- Hacer copias de la notificación revisada disponible a petición

CONTACTO PARA PREGUNTAS O RECLAMACIONES

Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Oficial de Cumplimiento: Beth West Health Partners de Western Ohio, 329 N. West Street, Lima, OH 45801
419-221-3072, ext. 1110.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a los individuos, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos de la notificación actualmente vigente. Si tiene alguna pregunta relacionada con este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

Por favor firme el formulario de "Reconocimiento" adjunto. Tenga en cuenta que al firmar el formulario de acuse de recibo solo reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.