



SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA

Devolver este formulario antes de: _____

PROGRAMA DENTAL SHOMPERS Centro Dental Baker Victory 828-7583

- ◆ Exámenes Dentales de Rutina
 - ◆ Rayos X Dentales
- ◆ Odontología Restaurativa (*relleno*)
 - ◆ Extracciones simples
- ◆ Limpiezas dentales y sellantes
- ◆ Tratamientos de Fluoruro
- ◆ Referencias

POR FAVOR SEGURECE DE QUE ESTE FOMULARIO ESTE LLENO COMPLEMENTAMENTE POR LOS DOS LADOS

NO GASTOS DE SU BOLSILLO O COPAGOS/DEDUCTIBLES APLICAN EN ESTE PROGRAMA

NO HAY GASTOS PARA LOS ESTUDIANTES QUE NO TENGAN SEGURO DENTAL

Agencias Asociadas:

*Baker Victory Dental Center
Health Foundation of Western and Central New York
NYS Department of Health, Bureau of Dental Health
University Pediatric Dentistry*



BAKER VICTORY SERVICES
Continuing Father Baker's Legacy of Caring



PROGRAMA DENTAL SHOMPERS
Centro Dental Baker Victory
828-7583



El propósito del Programa Dental CHOMPERS, es de ofrecer servicios dentales a estudiantes que **NO** tienen un dentista de familia y no están vinculados a un consultorio dental permanente.

Si usted ya tiene un dentista, Por favor continúe el servicio con su dentista.

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ Mi hijo/a nunca ha visto a un dentista

_____ Mi hijo/a **NO** tiene un dentista regular en este momento

_____ Mi hijo/a ha visto un dentista en los últimos 6 meses

Nombre del dentista: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Si hijo/a a visto a un dentista antes en la escuela?

SI / NO

Raza/etnicidad (para el seguimiento únicamente) (X)a todos los que apliquen:

_____ **Blanco** _____ **Negro/Africano Americano** _____ **Indio Americano / Nativo de Alaska**
 _____ **Asiático** _____ **Hispano** _____ **Nativo Hawaiano/Isleño del pacífico**

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

- Autorizo a mi hijo/a para recibir los siguientes servicios dentales: exámenes, rayos x, limpiezas, fluoruro, rellenos, sellantes
- Entiendo que si mi hijo/a necesita una extracción, seré contactado/a por el dentista o asistente dental antes de que el servicio sea dado
- Doy permiso a mi hijo/a para tener relleno en los dientes con el uso de anestesia local, comúnmente llamado "novocaína".
- Entiendo que este consentimiento puede permanecer en efecto por un (1) año mientras mi hijo/a asiste a esta escuela.
- Es responsabilidad del padre/guardián para informar al proveedor dental o la enfermera de la escuela de cualquier cambio en la información médica de su hijo/a
- Entiendo que una copia del informe dental de mi hijo/a será dada a la enfermera de la escuela o coordinadora designada de la escuela y que toda la información sobre mi hijo/a será confidencial dentro de las agencias asociadas con CHOMPERS.
- Si tengo seguro dental, autorizo a mi compañía de seguros para ser facturada por los servicios prestados.
- Me han dado una copia del Aviso de Practica de Privacidad del Centro Dental Baker Victory y Carta de Derechos
- Entiendo que el Centro Dental Baker Victory Puede usar la información médica de mi mijo/a con propósitos de tratamientos, pagos u operación de atención médica y evaluación del programa.
- He leído y entiendo el programa dental y doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en el programa dental de CHOMPERS.

_____ **SI**, doy mi consentimiento para que mí Hijo/a participe en el Programa CHOMPERS _____ **NO**, no le doy el consentimiento a mi hijo/a de participar en el programa

Firma del Padre o Representante Legal

Nombre Completo del Padre o Representante Legal

 Relación con el niño/a

 Fecha (Firmado hoy)



PROGRAMA DENTAL SHOMPERS

Centro Dental Baker Victory

828-7583



Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Hombre / Mujer _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip/ciudad Código: _____
 Teléfono (H): _____ Seguro Social# _____ - _____ - _____ Escuela: _____ Grado: _____
 Nombre del padre: _____ Cell: _____
 Dirección del email del padre: _____ Número de teléfono del trabajo : _____

¿Su niño/a tiene cualquiera de las siguientes condiciones Médicas?

VIH/Sida	SI	NO	Asthma	SI	NO	Defecto de Nacimiento	SI	NO
Problemas con pérdida de sangre/sangrados	SI	NO	Problemas Cardiacos Congénitos	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Desmayos	SI	NO	Epilepsia/ convulsiones	SI	NO	Fiebre Reumática	SI	NO
Soplo Cardiaco	SI	NO	Pérdida auditiva	SI	NO	Enfermedad del Riñón	SI	NO
Problemas del Corazón	SI	NO	Problemas GI	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Hepatitis/Enfermedad Hepática	SI	NO	Deficiencia Inmune	SI	NO	Problemas de la visión	SI	NO
Enfermedades Venéreas	SI	NO	Presión alta de la sangre	SI	NO	Presión baja de la sangre	SI	NO
Desordenes Siquiátricos	SI	NO	Articulación Artificial/remplazo de	SI	NO	Cirugía	SI	NO
Hospitalización	SI	NO	Lesiones graves	SI	NO	Embarazo	SI	NO

¿Su hijo/a toma cualquiera de estas medicinas TODOS los días? (Por favor marque con círculo): SI NO
 Por favor escriba la lista de las medicinas que toma todos los días _____

¿Su hijo/a tiene alergias a cualquiera de las siguientes cosas? (Por favor marque con círculo): SI NO
 Látex Almendras Seasonal/temporada Resinas Comida Antibióticos Penicilina Otro: _____

¿Su hijo/a tiene seguro médico? (Por favor marque con círculo): SI NO
 Plan: _____ Medico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

_____ **NO TIENE SEGURO** (no cobertura dental)

_____ **MEDICAID SEGURO** ID # _____ SEQ # _____
 (2 letras, 5 #s, 1 letras-ejemplo. AB12345C) (2 #s abajo a la derecha de BENEFIT card-ejemplo. 01)

_____ **SEGURO DENTAL PRIVADO** ID # _____ GROUP # _____

PLAN NAME _____ INSURANCE PHONE# _____

POLICY HOLDER NAME _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

EMPLOYER _____ SS# _____

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (otro que el nombre de la persona ya escrito)

Nombre de la persona: _____ Relación con el niño/a: _____

Teléfono (Casa) _____ (Cell) _____ (Trabajo) _____



PROGRAMA DENTAL SHOMPERS
Centro Dental Baker Victory
828-7583



Por Favor siéntase libre de escribir cualquier comentario que usted desee sobre tratamientos dentales previos que su hijo/a haya tenido en este espacio:

Por Favor guarde la siguiente página con información que incluye el Aviso de Práctica de Privacidad del Centro Dental Baker Victory y Carta de Derechos



BAKER VICTORY SERVICES
Continuing Father Baker's Legacy of Caring

¡Gracias por Escoger el Programa Dental CHOMPERS!



BAKER VICTORY SERVICES
Continuing Father Baker's Legacy of Caring

Consentimiento de Uso y Protección de Revelación de Información de Salud por Tratamiento, Pagos o Procesos de Servicios Médicos

Sección A:

Yo autorizo el uso y revelación de mi Información de Salud Protegida por la Agencia listada abajo y por la el personal de la Agencia y Asociados de la Compañía con el propósito de tratamientos, pagos y procesos del servicio médico.

Nombre de la Agencia utilizando y revelando la información:

Baker Victory Services

Contacto-Teléfono (716) 828-7583

Dirección de la Agencia:

780 Ridge Road

Lackawanna, NY 14218

Sección B. Información Importante Relacionada a este consentimiento:

1. Yo entiendo que las leyes de Nueva York requieren mi consentimiento antes de que la Agencia pueda usar o revelar mi Información de Salud Protegida de tratamiento, pagos, o procesos del servicio médico.
2. Yo entiendo que esta información puede ser utilizada o revelada por esta Agencia para:
 - ◆ Planear de mi atención de salud y tratamiento;
 - ◆ Comunicarse entre varios profesionales de la salud que participan en mi atención o tratamiento;
 - ◆ Obtener el pago para el cuidado proporcionado por la agencia o para los procedimientos de pago de otro proveedor de cuidado de salud o entidad;
 - ◆ Proporcionar información a mi compañía de seguros de salud o plan;
 - ◆ Obtener el pago de mi compañía de seguros de salud o plan; and
 - ◆ Evaluar y revisar la calidad de mi atención.
3. Entiendo que mi firma para este consentimiento es necesario para recibir la atención de la agencia y que la Agencia puede condicionar mi tratamiento en mi consentimiento para el uso y la revelación de mi Información médica Protegida para los procedimientos de pago, tratamiento y cuidado de la salud
4. Entiendo que más/toda información sobre usos y revelaciones de mi información de salud protegida para tratamiento, pago y los procedimientos de atención de salud de la agencia está incluida en la notificación de prácticas de privacidad de la agencia.

DECLARACIÓN/CARTA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente usted tiene el derecho a lo siguiente:

1. Recibir atención con consideración, respeto y dignidad incluyendo privacidad en su tratamiento.
2. Recibir tratamiento sin que haya discriminación a causa de edad, la raza, sexo, color, religión, estado de matrimonio, origen nacional o discapacidades.
3. Ser informado/a de los servicios disponibles en el centro.
4. Ser informados de las disposiciones para la cobertura de emergencia después de horas de atención.
5. Obtener de su médico completa y actualizada información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que puede esperarse razonablemente que entender. Cuando no es médicamente recomendable darle dicha información se hará disponible para una persona en su nombre.
6. Recibir información de su médico necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento o ambos y que, con excepción de las situaciones de emergencia que no requieren un consentimiento informado, deberá incluir como mínimo el procedimiento específico o tratamiento o ambos, los riesgos médicos considerables involucrados y duración probable o incapacitación, si alguna. Se deberá informar médicamente importantes alternativas para el cuidado o tratamiento, si alguno se necesita.
7. Rehusar tratamiento, al extremo permitido por la ley y estar informado/a de las consecuencias medicas de su acción.
8. Privacidad hasta donde sea conveniente con la prestación de atención médica adecuada. Esto no será obstáculo para discusión discreta de su cuidado o exámenes por parte de personal médico apropiado.
9. Privacidad y confidencialidad de todos los registros referentes a su tratamiento, excepto según lo previsto por la ley o pago de terceros.
10. Aprobar o rechazar el hacer público o la divulgación de los contenidos de su expediente médico a cualquier médico o centro de salud excepto según lo requerido por ley o contrato de pago de terceros.
11. Acceso a su expediente médico en virtud de la disposición del artículo 18 de la ley de salud pública y subparte 50-3 del presente título.
12. Revisar su expediente médico sin cobros y obtener una copia de su expediente médico donde el centro pudiera cobrar un honorario razonable. No se puede negar una copia únicamente porque usted no pueda pagar.
13. Ser informado de cualquier cambio de servicios, la elegibilidad de los reembolsos de terceros y, cuando sea aplicable, la disponibilidad de un costo reducido o gratis.
14. Una respuesta por el centro de Salud de Baker Victory de manera razonable, a su solicitud por los servicios prestados regularmente por el servicio consistente con su tratamiento.
15. La identidad, con petición previa, y otros servicios de salud e instituciones educacionales que la entidad haya autorizado para participar en su tratamiento.
16. Negarse a participar en la investigación y la experimentación con inclinación a seres humanos o cuidado o tratamiento deberá realizarse únicamente con su consentimiento.
17. Examinar y recibir una explicación de su cuenta, independientemente de la fuente de pago.
18. Saber las reglas y regulaciones que se aplican a su conducta como paciente.
19. Referir cualquier queja y/o preguntas en referencia a su derechos a el/la Director Administrativo del Centro de Salud Baker Victory. Si usted no está satisfecho/a con las respuesta a su queja de parte del Centro, usted puede quejarse ante la Oficina de Gerencia de Sistemas del NYS Departamento de Salud al (716) 847-4307.