



# ¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA! Obtenga atención dental en la escuela **SIN COSTO\*** para usted.

\* Para pacientes con cobertura Medi-Cal (también conocido como Medi-Cal Dental (Denti-Cal) o Medicaid)

**¡Regístrese en línea!**  
[www.MySchoolDentist.com](http://www.MySchoolDentist.com)

Escanee el  
código con su  
teléfono.



## Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.

**FÁCIL Y CONVENIENTE** - Big Smiles revisará regularmente la boca y los dientes de su hijo, y le proporcionará una limpieza, rayos-x necesarios, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. También se pueden proporcionar cuidados adicionales, como rellenos. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Permiso incluye tratamiento dental inicial y visitas de seguimiento. **¡FIRME Y DEVUELVALO A LA ESCUELA HOY!**



### LLENE POR FAVOR

|                                                                    |                                |                   |                                |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Nombre Legal del Niño                                              | Apellido(s) Legal(es) del Niño |                   | Fecha de Nacimiento mm/dd/aaaa | <input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer |
| Dirección                                                          | Ciudad                         | Estado            | Código Postal                  |                                                                   |
| Escuela                                                            | Maestro                        |                   | Grado                          |                                                                   |
| Padre/Tutor Legal                                                  | Teléfono ( )                   |                   |                                |                                                                   |
| Correo electrónico                                                 | Teléfono Alt. ( )              |                   |                                |                                                                   |
| Nombre del Contacto de Emergencia<br>(si es diferente al anterior) | Teléfono ( )                   | Relación con Niño |                                |                                                                   |

### PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE APLICAN A SU HIJO Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. **SI NO APLICAN CONDICIONES, DEJAR EN BLANCO.**

- |                                                                                 |                                                          |                                                  |                                                  |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas activas (incluyendo COVID-19) | <input type="checkbox"/> Alergias-alimentos/estacionales | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado   | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón  |
| <input type="checkbox"/> Asma                                                   | <input type="checkbox"/> Alergias-medicamentos           | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Otro                                                   | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento     | <input type="checkbox"/> Problemas dentales      | <input type="checkbox"/> Trastornos inmunológico | <input type="checkbox"/> Convulsiones          |
- Explique \_\_\_\_\_

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: \_\_\_\_\_

### NIÑO TIENE MEDI-CAL (también conocido como Medi-Cal Dental (Denti-Cal) o Medicaid)

**IMPORTANTE: SI USTED TIENE MEDI-CAL, DEBEMOS TENER SU NUMERO PARA QUE EL DENTISTA PUEDA VER A SU HIJO.**

Circule uno de los siguientes: Medi-Cal Dental, Health Net, Liberty, California Dental Network, Health Plan of San Mateo, Health Plan of San Joaquin

Escriba el número de identificación BIC del niño AQUÍ: ————— ID No.

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### SEGURO DENTAL PRIVADO

|                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre de Aseguransa (no Medicaid) | Tel. del Seguro ( ) -             |
| # del Grupo                        | Tel. del Empleador ( ) -          |
| Nombre Adulto Asegurado            | Fecha Nacim. Adulto Asegurado / / |
| ID Miembro/# Póliza                | # Seg. Soc. Adulto Asegurado - -  |

### SI EL NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL

☐ Estoy interesado en pagar por servicios dentales. Por favor comuníquese conmigo.

Si su hijo ve a un dentista regularmente y desea continuar con la atención de ese dentista, por favor hágalo.

### LEA Y FIRME ABAJO (Si usted tiene preguntas o desea hablar con un dentista, por favor llámenos al 855-481-8639.)

Entiendo y autorizo a Marn DDS Dental Practice P.C. (Proveedor), sus dentistas afiliados e higienistas dentales, y los Externos de Odontología de las Universidades de UCLA y UCSF bajo supervisión del dentista, a proveer servicios dentales en la escuela para el niño nombrado anteriormente para el cual yo soy el padre custodio o tutor legal. Los servicios dentales incluyen un examen, limpieza, fluoruro, sellantes, Tratamiento Preventivo de Restauración, rayos -x y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata, según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier carie a un color marrón o negro. VEA ATRÁS PARA MÁS DETALLES.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, extracciones de dientes de leche, realizar una endodoncia (tratamiento de nervio del diente de leche), adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos según sean necesarios. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo de la salud de mi hijo a 855-481-8639. He leído el AVISO IMPORTANTE Y EL CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA y entiendo y acepto sus términos.

**FIRME Y FECHA AQUÍ**

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad  
doble y asegure.



**PREGUNTAS: 855-481-8639 FAX: 888-330-4331 Visitenos en: BigSmilesDental.org**

Marn DDS Dental Practice P.C.  
3201 Wilshire Blvd., Suite 110, Santa Monica, CA 90403  
© Marn DDS Dental Practice P.C., 2026

4132

CA-STOCK-026V1-PDF 00/00

## AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

Entiendo y autorizo a Marn DDS Dental Practice P.C. (Proveedor), sus dentistas afiliados e higienistas dentales, y los Externos de Odontología de las Universidades de UCLA y UCSF bajo supervisión del dentista, a proporcionar los siguientes servicios para el niño nombrado para el que soy el padre custodio o tutor legal: **examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza dental, tratamiento de fluoruro, rayos-x digitales (el paciente será expuesto a una cantidad mínima de radiación) sellantes dentales (una fina capa de resina adherida a las ranuras del esmalte de los molares para protegerlos de las caries dental), Tratamiento Preventivo de Restauración (TPR – eliminación de una carie leve en las ranuras de esmalte y la colocación de un sellador compuesto), así como la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata para tratar la progresión de las caries dental. Autorizo al dentista, o a los Externos de Odontología de la Universidad de UCLA/UCSF bajo supervisión, a llenar cualquier carie o colocar una corona sobre el diente, extraer cualquier diente de leche problemáticos, realizar una endodoncia (tratamiento de nervio del diente de leche), colocar mantenedores de espacio o realizar otros tratamientos dentales según sea necesario.** Entiendo que existen riesgos al recibir tratamientos dentales incluyendo inflamación o dolor que puede ocurrir de la inyección de la anestesia o una reacción alérgica. (Para información adicional sobre los riesgos del tratamiento dental y tratamientos alternos por favor llame al número proporcionado.) Entiendo que una parte del examen dental de mi hijo se puede realizar de forma remota y que la información clínica (tales como los rayos X) se puede recopilar y enviar electrónicamente a otro sitio para la evaluación del dentista. Doy mi consentimiento para estos servicios de teledontología y entiendo que si bien se aplican las protecciones de confidencialidad, el uso de transmisiones electrónicas de terceros puede presentar riesgos de privacidad adicionales. Entiendo que tengo derecho a acceder a información médica relacionada con los servicios de teledontología. Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Autorizo a la escuela de mi hijo a poner a disposición de proveedores y su agente de cobro el número de Denti-Cal de mi hijo con el fin de cobrar por los servicios. Además, autorizo la liberación del número de Denti-Cal de mi hijo por el proveedor o su agente de cobros para Denti-Cal. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. Doy mi consentimiento para que el Proveedor envíe mensajes de texto sobre el programa dental de la escuela. Reconozco que los mensajes de texto no es una forma segura de comunicación y presenta riesgos para la privacidad adicional. (Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para discontinuar, simplemente responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefónicas relacionadas con el programa dental escolar a los números telefónicos que usted proporcione en esta forma de consentimiento.) He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento para la divulgación de la información y/o expediente médico de mi hijo, incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo, pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

## Fluoruro Diamino de Plata (SDF) - Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries

**BENEFICIOS DE SDF:** Las caries dentales son comunes en los niños, pero ahora nuestros dentistas tienen una alternativa segura, sin dolor a los procedimientos tradicionales de perforación de caries llamado fluoruro diamino de plata (SDF). SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que se usa para ayudar a prevenir la formación, crecimiento o propagación de caries a otros dientes. El dentista simplemente cepilla SDF solo en los dientes posteriores.

### Alternativas

- Sin tratamiento: el diente puede seguir deteriorándose y causar dolor.
- Otras opciones: barniz de fluoruro, relleno o corona, o extracción del diente.

### Riesgos

- Es posible que el tratamiento SDF no elimine la necesidad de un relleno tradicional.
- Es normal que el SDF manche la carie de color marrón o negro, lo que significa que está funcionando.

- No se mancharán las partes sanas del diente.
- El SDF puede causar manchas temporales si entra en contacto con la piel. La mancha es inofensiva y desaparecerá en menos de una semana
- SDF puede causar un sabor metálico temporal.



Caries



SDF aplicado



**Preguntas? Llame a uno de nuestros coordinadores de atención al 855-481-8639.**

## MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

MARN DDS DENTAL PRACTICE P.C.

Mandana Akbarian-Borojeni, DMD, Anderson Alas, DDS, Katrina Angeles, DDS, James Bell, DMD, Mariana Carter, DDS, Ashley Chan, DDS, Ricardo Delgado, DDS, Kourosh Dianatyadzi, DDS, Karen Eisenhofer, DDS, Lorie Espejo, DDS, Theresa Herrera, DDS, Leland Jung, DDS, Rishma Khurana, DMD, Maria Kidwell, DDS, Bum Kim, DDS, Bonnie Krystal, DDS, Mikako Kuga, DDS, Kyoung Lee, DDS, Kenneth Lu, DDS, Daniela Maldonado, DDS, Afroz Moghadam, DDS, Carolina Moura, DMD, Michelle Nguyen, DDS, An Nguyen-Wong, DDS, Maria Nunez-Ouji, DDS, Essence Page, DDS, Jaen Park, DDS, Jinhee Park, DDS, Geoffrey Pena, DMD, Pranee Pouodomskak, DDS, Kevin Porres, DDS, Manisha Ramchandani, DDS, Maricari Ramos, DMD, Antonio Relucio, DDS, Kirk Renshaw, DMD, Ghazal Rokhsar, DDS, Panna Ruparel, DDS, Roger Sandoval, DDS, Jeffrey Shaw, DDS, John Shui, DDS, Alison Simard, DDS, Hector Soria, DDS, Jennifer Wang, DDS, Wan-Jou Renee Wang, DMD, Helen Yeung, DDS, Viacheslav Zoubtsov, DDS

### AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

#### NUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

#### USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela/coordinador de salud, u otro proveedor de salud que le esté preveyendo tratamiento.

**Pagos:** Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

**Su Autorización:** Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

**A Su Familia y Amigos y Personas Involucradas en su Cuidado:** Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 888-833-8441.

**Requerido por La Ley:** podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

**Seguridad Pública:** Podemos dar información médica a oficiales la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reporte de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal e informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

**Abuso o Negligencia:** Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

**Recordatorios de citas:** Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

**Actividades de Supervisión de Salud:** Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

**Demandas y Disputas:** Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

**Otros Usos y Revelaciones:** Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que manejan y monitorean la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corre el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

#### DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

**Contabilidad de Divulgación:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar que restringamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

**Comunicación Alternativa:** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se enmienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

**Aviso Electrónico:** A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

#### PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/oc/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/oc/privacy/hipaa/complaints). No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA

Teléfono: 888-833-8441 / Fax: 888-330-4331 / email: [HIPAAOfficer@mobiledentists.com](mailto:HIPAAOfficer@mobiledentists.com)

Fecha efectiva: 1 de Noviembre, 2022