



DENTISTA NA ESCOLA!

Obtenha tratamento dentário na escola

GRÁTIS* para você.

*Para pacientes cobertos pelo plano de saúde MassHealth ou Children's Medical Security Plan

Registre-se on-line!
www.MySchoolDentist.com

Escaneie o
código com o
seu celular.



O cuidado com os dentes de seu filho(a) é importante para mantê-los saudáveis.

FÁCIL E CONVENIENTE - Um dentista licenciado pelo estado verificará regularmente a boca e os dentes do seu filho, além de fornecer uma limpeza, radiografias, conforme necessário, tratamento com flúor e aplicar selantes, conforme necessário. Cuidados adicionais, como obturações, também podem ser fornecidos. Um boletim odontológico será entregue ao seu filho. A permissão inclui tratamento dentário inicial e consultas de acompanhamento. **ASSINE E ENTREGUE PARA A SUA ESCOLA HOJE!**



PREENCHER

Nome completo do filho(a)		Data de nascimento	☐ Sexo Masculino ☐ Sexo Feminino
Endereço	Cidade	Estado	CEP
Escola	Professor(a)		Série
Nome do guardião legal		Telefone ()	
E-mail		Telefone alt. ()	

QUESTÃO IMPORTANTE DE SAÚDE

O SEU FILHO TEM ALGUMA CONDIÇÃO MÉDICA, DEFICIÊNCIA, PROBLEMA COMPORTAMENTAL OU DE OUTRO TIPO PASSADO OU PRESENTE? MARQUE TODAS AS OPÇÕES DE CONDIÇÕES QUE SE APLICAM AO SEU FILHO E EXPLIQUE NO ESPAÇO FORNECIDO. SE NECESSÁRIO, ANEXE INFORMAÇÕES ADICIONAIS A ESTE FORMULÁRIO. **SE NENHUMA CONDIÇÃO SE APLICA, DEIXE O ESPAÇO EM BRANCO.**

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| ☐ Doenças contagiosas progressivas (incluindo COVID-19) | ☐ Alergias alimentares/sazonais | ☐ Distúrbios hemorrágicos | ☐ Diabetes | ☐ Doença renal |
| ☐ Asma | ☐ Alergias a medicamentos | ☐ Problemas respiratórios | ☐ Problemas cardíacos | ☐ Doença hepática |
| ☐ Outras | ☐ Problemas comportamentais | ☐ Problemas dentários | ☐ Transtorno imunológico | ☐ Convulsões |
- Explique _____

Listar medicamentos atuais e/ou problemas dentários: _____

Data aprox. da última visita ao dentista _____ Quais são os cuidados do seu filho(a) com os dentes? _____

SE O SEU FILHO(A) TEM O PLANO DE SAÚDE MASSHEALTH/CHILDREN'S MEDICAL SECURITY PLAN

Inserir destinatário da criança

Número de identificação (RIN) →

AQUI:

OU Número do Seguro Social da criança (se disponível)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGURO ODONTOLÓGICO PRIVADO

Nome da empresa seguradora (se não for Medicaid)

Telefone do Seguro () -

No. do grupo

Nome do empregador

Telefone do Seguro () -

Nome do adulto segurado

Data de nascimento do adulto segurado / /

ID de membro/No. Apólice

Nº. Social Security do adulto segurado - -

SE O SEU FILHO(A) NÃO TEM UM SEGURO ODONTOLÓGICO

(MARCAR UMA OPÇÃO ABAIXO) Se pagar pelos serviços, grampeie o cheque ou ordem de pagamento a este formulário e pague para: **Smile Massachusetts**. Para pagar com cartão de crédito, ligue para 855-481-8639.

- ☐ Eu desejo pagar a taxa reduzida para uma limpeza dentária, triagem e flúor por visita. 13 anos ou menos: **US\$90,00** 14 ou mais: **US\$111,00**
- ☐ Eu solicito cuidado doado para cobrir o custo de uma limpeza dental, triagem e flúor para o meu filho.
- (Nós lhe enviaremos uma solicitação de cuidados doados. Disponível apenas uma vez por ano letivo apenas para cuidados preventivos).

Se seu filho consulta regularmente um dentista e você quiser continuar o tratamento com esse dentista, essa é a melhor opção.

LER E ASSINAR ABAIXO

Eu entendo e autorizo Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C. (Fornecedor), seus dentistas ou higienistas dentais afiliados, a fornecer serviços odontológicos na escola para a criança acima mencionada para quem eu sou o pai ou guardião legal, incluindo um exame, limpeza, flúor, selantes, raios X e a aplicação de diamino fluoreto de prata, conforme necessário. (O uso de diamino fluoreto de prata pode descolorir qualquer cavidade para uma cor marrom ou preta. VER VERSO PARA MAIS DETALHES.) Eu também autorizo qualquer outro trabalho dental, como obturações, extrações de dentes problemáticos de leite, realização de pulpotomia (tratamento do nervo do dente de leite), entorpecimento da boca e dentes e outros procedimentos, conforme necessário. Eu li a QUESTÃO IMPORTANTE DE SAÚDE acima e entrarei em contato no caso de quaisquer alterações na saúde do meu filho(a), pelo número 855-481-8639. Eu li o AVISO IMPORTANTE E CONSENTIMENTO NO VERSO DESTA PÁGINA e compreendo e concordo com os seus termos.

ASSINATURA E
DATA AQUI

Este consentimento autoriza consulta odontológica inicial e futuras.

DATA

Para sua privacidade,
dobre e guarde.



DÚVIDAS: 855-481-8639 Fax: 888-330-4331 Visite nosso site: mobiledentists.com

Jessica Marn, DDS & Dental Director
Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C., 245 First Street, 18th Floor, Cambridge, MA 02142
© Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C., 2026

AVISO IMPORTANTE E CONSENTIMENTO

Eu entendo e autorizo Jessica Marn DDS, Big Smiles Massachusetts P.C. (Fornecedor) e seus dentistas ou higienistas dentais afiliados, a fornecer os serviços a seguir para a criança mencionada para quem eu sou o pai ou guardião legal: exame dental e orientação para higiene oral, limpeza dentária, tratamento com flúor, selantes e raios X, assim como aplicação de diamino fluoreto de prata para tratar a progressão da cárie dentária. Eu também autorizo o dentista a realizar obturação ou colocar uma coroa sobre o dente, extrair qualquer problema com os dentes de leite, realizar uma pulpotomia (tratamento dos nervos de dentes de leite), colocar os mantenedores de espaço ou realizar outros tratamentos dentários conforme necessário. Eu entendo que existem riscos para o tratamento odontológico, incluindo inchaço ou dor que pode ocorrer a partir do tratamento ou injeção de um anestésico local, ou reação alérgica. (Para informações adicionais sobre os riscos do tratamento e alternativas de tratamento, ligue para o número fornecido.) Eu entendo que uma parte do exame dentário do meu filho pode ser realizado remotamente e que as informações clínicas (como raios-x) podem ser coletadas e enviadas eletronicamente para outro local para avaliação do dentista. Eu concordo com esses serviços de teledontologia e entendo que, embora se apliquem proteções de confidencialidade, o uso de transmissões eletrônicas de terceiros pode apresentar riscos adicionais à privacidade. Eu entendo que tenho o direito de acessar informações médicas relacionadas a serviços de teledontologia. Autorizo e direciono o Fornecedor para cobrar e coletar o pagamento de qualquer Medicaid, seguro ou outro pagador. Autorizo a escola de meu filho a disponibilizar para o Fornecedor e seu agente de cobrança as informações de seguro do meu filho para cobrar o pagador pelos serviços. Se eu tiver um seguro odontológico privado, serei cobrado e aceito pagar qualquer dedutível e/ou co-pagamento. O tratamento pelo dentista na escola pode afetar os benefícios futuros que seu filho pode receber sob seguro privado, Medicaid ou CHIP. A menos que eu tenha previamente me organizado para participar, e esteja lá no momento do serviço, os serviços serão fornecidos sem a minha presença. Eu dou consentimento para o Fornecedor enviar mensagens de texto sobre o programa odontológico da escola. Eu reconheço que mensagens de texto não são uma forma segura de comunicação e apresentam riscos adicionais à privacidade. Taxas de mensagem e/ou dados podem ser cobradas pela sua operadora móvel; para interromper, responda "STOP" a qualquer mensagem recebida de nós. Você também concorda em receber ligações telefônicas pré-gravadas e/ou discadas automaticamente relacionadas ao programa odontológico da escola nos telefones fixos e/ou telefones celulares fornecidos neste formulário de consentimento.) Recebi o Aviso de Práticas de Privacidade (NPP) anexado a este formulário e consinto com a liberação das informações do prontuário médico de meu filho, incluindo registros obtidos de outros provedores, e quaisquer informações sobre HIV/AIDS, doenças transmissíveis, doenças sexualmente transmissíveis, drogas e álcool e anemia. Autorizo a divulgação de tais informações pelo Fornecedor a qualquer pagador responsável e/ou provedor de serviços administrativos e seus subcontratantes para uso e divulgação relacionados ao tratamento do meu filho(a), pagamento de serviços e fins de operação de serviços de saúde. Este consentimento assinado autoriza meu filho(a) a consulta odontológica inicial e futuras. Eu posso retirar este consentimento a qualquer momento por escrito.

Diamino fluoreto de prata (SDF) - Um novo tratamento dentário para combater cáries

BENEFÍCIOS DO SDF: Cáries dentárias são comuns em crianças, mas agora nossos dentistas têm uma alternativa segura e indolor aos procedimentos tradicionais de perfuração cavitária, chamado de diamino fluoreto de prata (SDF). SDF é um líquido antibiótico aprovado pela FDA, usado para ajudar a prevenir a formação, crescimento ou disseminação de cáries para outros dentes. O dentista simplesmente escova o SDF apenas nos dentes posteriores.

Alternativas

- Sem tratamento: O dente pode continuar a se deteriorar e causar dor.
- Outras opções: verniz de flúor, obturação ou coroa ou extração do dente.

Riscos

- O tratamento com SDF pode não eliminar a necessidade de uma obturação tradicional.
- É normal que o SDF deixe a cavidade em uma cor marrom ou preta. Isso significa que está funcionando.
- As partes saudáveis do dente não ficarão manchadas.

- O SDF pode causar manchas temporárias se entrar em contato com a pele. A mancha é inofensiva e deve desaparecer em menos de uma semana.
- O SDF pode causar um gosto metálico temporário.



Dúvidas? Entre em contato com um de nossos coordenadores de saúde pelo telefone 855-481-8639.

GUARDE ESTE DOCUMENTO

JESSICA MARN, DDS, DENTAL DIRECTOR

Dana Burkett, DMD, Monika Pronczuk, DMD, Naima Qureshi, DMD, Scott Schmidhauser, DMD

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDADE

ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESSAS INFORMAÇÕES. POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO. GUARDE ESTE DOCUMENTO

NOSSO DEVER LEGAL

A privacidade de suas informações médicas é importante para nós. Somos obrigados pela lei federal e estadual aplicável a manter a privacidade de suas informações de saúde. Também somos obrigados a fornecer a você este Aviso sobre nossas práticas de privacidade, nossos deveres legais e seus direitos sobre suas informações de saúde. Devemos seguir as práticas de privacidade descritas neste Aviso enquanto ele estiver em vigor. Vamos notificá-lo se suas informações médicas não seguras forem violadas.

Reservamo-nos o direito de alterar nossas políticas de privacidade e os termos deste Aviso a qualquer momento, desde que tais alterações sejam permitidas pela lei aplicável. Reservamo-nos o direito de fazer as alterações nas nossas políticas de privacidade e os novos termos do nosso Aviso eficazes para todas as informações de saúde que mantemos, incluindo informações de saúde que criamos ou recebemos antes de efetuarmos as alterações. Antes de fazermos uma mudança significativa em nossas políticas de privacidade, alteraremos este Aviso e disponibilizaremos o novo Aviso mediante solicitação.

Você pode solicitar uma cópia de nosso Aviso a qualquer momento. Para mais informações sobre nossas políticas de privacidade, ou para cópias adicionais deste Aviso, entre em contato conosco usando as informações listadas no final deste Aviso.

USOS E DIVULGAÇÕES DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Usamos e divulgamos informações de saúde sobre você para tratamento, pagamento e operações de assistência médica. Por exemplo:

Tratamento: Podemos usar ou divulgar suas informações de saúde a um médico, enfermeiro escolar/coordenador de serviços de saúde que ofereça tratamento a você.

Pagamento: Podemos usar e divulgar suas informações de saúde para obter o pagamento pelos serviços que fornecemos a você.

Operações de saúde: Podemos usar e divulgar suas informações de saúde em conexão com nossas operações comerciais, como revisar a competência ou qualificações dos profissionais de saúde e avaliar o desempenho do profissional e do fornecedor.

Sua autorização: Usos ou divulgações não descritas de outra forma neste Aviso podem ser feitas somente com sua autorização por escrito. Além disso, devemos obter sua autorização por escrito para vender suas informações médicas ou para usar ou divulgar suas informações para comercialização de produtos ou serviços para você, onde somos pagos para fazer a comunicação. Se você nos der uma autorização, poderá revogá-la por escrito a qualquer momento. Sua revogação não afetará nenhum uso ou divulgação permitidos pela sua autorização enquanto ela estiver em vigor. A menos que você nos dê uma autorização por escrito, não podemos usar ou divulgar suas informações de saúde por qualquer motivo, exceto aqueles descritos neste Aviso.

Para sua família e amigos e pessoas envolvidas em seu tratamento: Podemos divulgar suas informações de saúde a um membro da família, amigo ou outra pessoa envolvida em seus cuidados, na medida do necessário para ajudar com sua assistência médica ou com o pagamento de sua assistência médica. Também podemos divulgar suas informações médicas para organizações de ajuda a desastres para ajudar a localizar pessoas durante um desastre. Também podemos usar ou divulgar suas informações médicas para notificar ou ajudar na notificação de um membro da família, de um representante pessoal ou de uma pessoa responsável pelo seu cuidado com sua localização, condição geral ou morte. Se você não quiser que divulguemos suas informações médicas para familiares ou outras pessoas nessas circunstâncias, notifique nosso Oficial HIPAA pelo telefone 888-833-8441.

Exigido por lei: Podemos usar ou divulgar suas informações de saúde quando somos obrigados a fazê-lo por lei.

Segurança pública: Podemos precisar divulgar informações médicas a agentes da lei, como em resposta a um mandado de busca ou a uma intimação do grande júri, ou para ajudar os policiais a identificar ou localizar um indivíduo, para relatar mortes que possam ter resultado de conduta criminosa, e denunciar conduta criminosa em nossas instalações.

Abuso ou negligência: Podemos divulgar suas informações de saúde às autoridades competentes se acreditarmos que você é uma possível vítima de abuso, negligência ou violência doméstica ou a possível vítima de outros crimes. Podemos divulgar suas informações de saúde na medida necessária para evitar uma séria ameaça à sua saúde ou segurança ou à saúde ou segurança de terceiros.

Lembretes de compromissos: Podemos usar ou divulgar suas informações de saúde para fornecer lembretes de compromissos (como mensagens de correio de voz, cartões postais, cartas, e-mails ou mensagens de texto).

Atividades de supervisão de saúde: Podemos divulgar informações de saúde a uma agência de supervisão de saúde para atividades autorizadas por lei. Essas atividades de supervisão incluem, por exemplo, auditorias, investigações, inspeções e pesquisas de licenciamento. Essas atividades são necessárias para o governo monitorar o sistema de saúde, o surto de doenças, os programas do governo, o cumprimento das leis de direitos civis e melhorar os resultados dos pacientes.

Ações judiciais e disputas: Podemos divulgar informações de saúde sobre você em resposta a uma ordem judicial ou administrativa. Também podemos divulgar informações de saúde sobre você em resposta a uma intimação, solicitação de descoberta ou outro processo legal.

Outros usos e divulgações: Conforme permitido ou exigido por lei, podemos usar ou divulgar suas informações médicas para fins de pesquisa; às organizações que lidam e monitoram a doação e o transplante de órgãos; para compensação de trabalhadores ou programas semelhantes para cumprir as leis relacionadas à compensação dos trabalhadores ou programas similares que fornecem benefícios para lesões ou doenças relacionadas ao trabalho; para atividades de saúde pública, como para prevenir ou controlar doenças, lesões ou incapacidades; relatar reações a medicamentos ou problemas com produtos; notificar as pessoas sobre recalls de produtos que possam estar usando; notificar uma pessoa que possa ter sido exposta ou esteja em risco de contrair ou disseminar uma doença; aos médicos legistas para identificar uma pessoa morta ou determinar a causa da morte; ou para os agentes funerários para desempenhar as suas funções.

DIREITOS DO PACIENTE

Acesso: Você tem o direito de ver ou obter cópias de suas informações de saúde, com exceções limitadas. Você deve fazer um pedido por escrito para obter acesso às suas informações de saúde e enviar o seu pedido por fax para o número no final deste Aviso.

Descrição das divulgações: Você tem o direito de receber uma lista de algumas divulgações que nós ou nossos parceiros de negócios fizemos de suas informações de saúde. Se você solicitar essa descrição mais de uma vez em um período de 12 meses, poderemos cobrar uma taxa razoável baseada em custo para responder a essas solicitações adicionais.

Restrição: Você tem o direito de solicitar que restrinjamos nosso uso ou divulgação de suas informações de saúde. Não somos obrigados a concordar com o seu pedido, exceto quando a divulgação for para o seu plano de saúde, você (ou alguém em seu nome que não seja o seu plano de saúde) pagou integralmente pelos seus cuidados de saúde, a divulgação refere-se a operações de pagamento ou assistência médica e a divulgação não é exigida por lei. Se concordarmos com a restrição, entretanto, respeitaremos esse acordo (exceto em uma emergência).

Comunicações alternativas: Você tem o direito de solicitar por escrito que nos comuniquemos com você sobre suas informações de saúde por meios alternativos ou para locais alternativos especificados em sua solicitação por escrito.

Emenda: Você tem o direito de solicitar que alteremos suas informações de saúde. Sua solicitação deve ser por escrito e deve explicar por que as informações devem ser alteradas. Podemos negar o seu pedido em determinadas circunstâncias.

Aviso eletrônico: Se você receber este Aviso em nosso site ou por correio eletrônico (e-mail), terá direito a receber este Aviso por escrito, mediante solicitação.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES

Se você quiser mais informações sobre nossas políticas de privacidade ou tiver dúvidas ou preocupações, entre em contato conosco. Se você estiver preocupado com a possibilidade de termos violado seus direitos de privacidade, você poderá reclamar conosco usando as informações de contato listadas no final deste Aviso. Você também pode enviar uma reclamação por escrito ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA Office for Civil Rights enviando uma carta para 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ligando para 1-877-696-6775, ou acessando o site www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints Não iremos retaliar de nenhuma forma se você optar por registrar uma reclamação conosco ou com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

Contato do oficial: Oficial HIPAA
Telefone: 888-833-8441
Fax: 888-330-4331
E-mail: HIPAAOfficer@mobiledentists.com
Data de efetivação: 1 de novembro de 2022