



¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA!

Obtenga atención dental en la escuela

SIN COSTO* para usted.

* Para pasientes con cobertura Medicaid o Maryland Healthy Smiles

¡Regístrese en línea!
www.MySchoolDentist.com

Escanee el
código con su
teléfono.



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

FÁCIL Y CONVENIENTE - Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, así como proporcionar una limpieza, rayos-x necesarios, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. Tratamiento adicional como rellenos, podrían ser proporcionados. 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	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro	Grado	
Padre/Tutor Legal	Teléfono ()		
Correo electrónico	Teléfono Alt. ()		

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.

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| ☐ Enfermedades contagiosas activas (incluyendo COVID-19) | ☐ Alergias-alimentos/estacionales | ☐ Problemas de sangrado | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad del riñón |
| ☐ Asma | ☐ Alergias-medicamentos | ☐ Problemas respiratorios | ☐ Problemas del corazón | ☐ Enfermedad del hígado |
| ☐ Otro | ☐ Problemas de comportamiento | ☐ Problemas dentales | ☐ Trastornos inmunológico | ☐ Convulsiones |
- Explique _____

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: _____

NIÑO TIENE MEDICAID/MARYLAND HEALTHY SMILES

Escriba el 11-dígitos de identificación (RIN) del niño **BENEFICIADO** AQUÍ: →

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

☐ Número de seguro social del niño (si está disponible)

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

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

- ☐ Solicito cuidado donado para cubrir el costo de una limpieza dental, evaluación y fluoruro para mi hijo.
(Le enviaremos una solicitud de cuidado donado. Disponible solo una vez por año escolar y solo es para atención preventiva.)

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

LEA Y FIRME ABAJO

Entiendo y autorizo a S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC o OHIP Lawrence B. Caplin DMD, P.A. (Proveedor), y a sus dentistas afiliados o higienistas dentales, a proveer servicios dentales en la escuela a niño mencionado anteriormente de quien soy el padre con custodia o tutor legal, incluyendo un examen dental, limpieza, fluoruro, sellantes, rayos-x, y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries 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. **Este permiso es válido desde la fecha de la firma hasta que mi estudiante ya no sea un estudiante de City Schools, al menos que retire mi consentimiento por escrito.** 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 para Smile Maryland o 866-916-6447 para OHIP. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad
doble y asegure.

PERGUNTAS: Smile Maryland: 855-481-8639
OHIP: 866-916-6447

FAX: 888-330-4331
FAX: 844-751-0258

Visítenos en: mobiiledentists.com
Visítenos en: ohip.us

Solomon K. Pesis, D.D.S. - General Dentist & Dental Director
S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC, 400 East Pratt Street, 8th Floor, Baltimore, MD 21202
OHIP Lawrence B. Caplin DMD, P.A.
6097 Easton Road, Pipersville, PA 18947
© S.K. Pesis D.D.S., Big Smiles Maryland, PC, OHIP Lawrence B. Caplin DMD, P.A., 2026



4172

MD-OHIP-026V1-PDF 00/00

AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

Entiendo y autorizo a S.K. Pesis D.D.S. Big Smiles Maryland, PC o OHIP Lawrence B. Caplin DMD, P.A. (Proveedor) y a sus dentistas afiliados o higienistas dentales a proveer los siguientes servicios al niño mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza dental, tratamiento de fluoruro, rayos-x, sellantes dentales, así como la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata para tratar la progresión de las caries dental. También autorizo al dentista a llenar cualquier carie o colocar una corona sobre el diente, extraer cualquier dientes 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 del Proveedor y su agente de cobro la información del seguro de mi hijo con el fin de cobrar por los servicios. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. El tratamiento realizado por el dentista escolar pudiera afectar los beneficios de su niño en un futuro bajo su cobertura privada, Medicaid o CHIP. 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, 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. Autorizo la divulgación de dicha información por parte del Proveedor a cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y sus subcontratistas, y si mi hijo participa en el programa Maryland Healthy Smiles, la oficina del dentista principal con el que el Proveedor contrata para la escuela de mi hijo, para uso y divulgación relacionados con el tratamiento de mi hijo, el pago de servicios y propósitos de la operación de cuidado de la salud. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Este permiso es válido desde la fecha de la firma hasta que mi estudiante ya no sea un estudiante de City Schools, al menos que retire mi consentimiento por escrito. 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.



Carie



SDF aplicado



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

MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

SMILE MARYLAND – SOLOMON PESIS, DDS – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

Renee Campbell, DDS, Valerie Davis, DDS, Marcia Gilbert, DDS, Jasmin Kaur, DDS, Erica Paultre Michael, DDS, Solomon Pesis, DDS, Trevor Salmon, DDS, Roland Swann, DDS, Amir Zolfaghari, DDS

ORAL HEALTH IMPACT PROJECT (OHIP) – LAWRENCE B. CAPLIN, DMD, P.A.

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 reportar 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 restrinjamos 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, no 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. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 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/ocr/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
Fecha efectiva: 1 de Noviembre, 2022

Contacto oficial: HIPAA
Teléfono: 866-916-6447
Fax: 844-751-0258
email: HIPAA@OHIP.US
Fecha efectiva: 1 de Noviembre, 2022