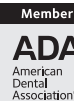




¡Regístrese en línea!
SmileNYOutreach.com

Escanee el
código con su
teléfono.



CUIDADO DENTAL PRIMARIO Y PREVENTIVO EN LA ESCUELA SIN COSTO PARA USTED

Nuestra escuela, asociado con Smile New York Outreach, está ofreciendo a todos los niños **CUIDADO DENTAL PRIMARIO Y PREVENTIVO SIN COSTO PARA USTED**. Un dentista licenciado o higienista dental revisará con regularidad la boca y los dientes de su hijo, así como proporcionar una limpieza, tratamientos de fluoruro, aplicar selladores según sea necesario y tomar rayos-x. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo.

LLENE Y REGRESE EL FORMULARIO DE PERMISIO DEBAJO.



Si, me gustaría que mi hijo recibiera **CUIDADO DENTAL PRIMARIO Y PREVENTIVO SIN COSTO PARA MÍ.**

Nombre Legal del Niño

Fecha de
Nacimiento

Hombre/
Mujer

Dirección

Ciudad

El Estado

Código/
Postal

Escuela

Profesor

Grado

Padre/Tutor Legal

Correo electrónico

Teléfono

Nombre del Contacto de Emergencia

(si es diferente a información de Padre/Tutor anterior)

Teléfono

PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

¿Su hijo tiene alguna discapacidad o condiciones médicas o dentales en el pasado o presente? Puede incluir problemas del corazón, problemas de respiración, trastorno del cerebro/convulsiones, alergias (incluye alergia a alimentos/estacionales o medicamentos), diabetes, problemas de sangrado, enfermedades transmisibles (incluyendo COVID-19) o desorden inmunitario, etc. Si es así, por favor explique abajo (adjunte hojas adicionales si es necesario). SI NO, DEJE EL ESPACIO ABAJO EN BLANCO.

☐ **MI NIÑO TIENE CHILDREN'S MEDICAID/CHILD HEALTH PLUS:** Affinity Health Plan, CDPHP, Empire Blue Cross Blue Shield, HIP/Emblem, Healthfirst, Fidelis Care, MetroPlus Health Plan, MVP, UnitedHealthCare

Escriba el numero de Children's
Medicaid/ Child Health Plus AQUÍ:

EJEMPLO A B 1 2 3 4 5 C

Q el # de Seguro Social del niño si el # de Medicaid no está disponible

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

☐ **MI NIÑO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO:**

Nombre de Aseguransa (no Medicaid)

Tel. del Seguro

del Grupo

Empleador

Tel. del Empleador

Nombre Adulto Asegurado

Fecha Nacim. Adulto Asegurado

ID Miembro/# Póliza

Seg. Soc. Adulto Asegurado

Comprendo y autorizo a Smile New York Outreach LLC (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.) He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo de la salud de mi hijo a 855-481-8638. He leído el AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO y entiendo y estoy de acuerdo con estos términos.

FIRME AQUI

Firma del Padre/Tutor

Fecha

4193

Smile New York Outreach LLC
1808 Crotona Parkway, Bronx, NY 10460
© Smile New York Outreach LLC, 2026

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

NY-PREV-SMPL-026V1 00/00



AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de salud bucal a cargo de Smile New York Outreach LLC y sus profesionales médicos autorizados por el estado, como parte del programa escolar de salud bucal aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York durante el tiempo en que esté matriculado en la escuela. Comprendo y autorizo a Smile New York Outreach LLC (Proveedor) y los dentistas y higienistas dentales afiliados actualizar los siguientes servicios al niño mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x y sellantes, así como la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata para tratar la progresión de las caries dental. 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. Por este medio autorizo y dirijo el Proveedor a cobrar y coleccionar pago de cualquier Medicaid, seguro, u otro pagador, si hubiera, y también revelar información de mi niño a cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y sus subcontratistas por uso y divulgación en relación del tratamiento de mi niño, pago de servicios y los propósitos en las operaciones de salud. 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 sobre Prácticas de Privacidad en la parte superior de esta página. 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.



Carie



SDF aplicado

Preguntas? Llame a uno de nuestros coordinadores de atención al 855.481.8638.

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 o 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: Podremos dar información médica a oficiales de 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 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, 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/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

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente de Smile New York Outreach, tiene derecho a:

1. Comprender y usar estos derechos. Si por cualquier razón usted no entiende o necesita ayuda, el Centro debe proporcionarle asistencia, incluido un intérprete.
2. Recibir tratamiento sin discriminación por raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, discapacidad, orientación sexual, fuente de pago o edad.
3. Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente seguro y limpio, libre de restricciones innecesarias.
4. Ser informado de los servicios disponibles en el Centro.
5. Estar informado de las provisiones de la cobertura de emergencia dental fuera de horas.
6. Ser informado de los cargos por servicios, elegibilidad para reembolsos de terceros y cuando aplicable, la disponibilidad de servicios gratuitos o de bajo costo.
7. Recibir una copia detallada de su estado de cuenta, previa solicitud.
8. Obtener de su médico, o del delegado del profesional de la salud, información completa y información actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos del paciente se puede razonablemente esperar a entender.
9. Recibir de su dentista la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento no emergente o ambos. El consentimiento informado incluirá, como, mínimo, el suministro de información relativa al procedimiento o tratamiento específico o tanto los riesgos involucrados, como las alternativas de atención o tratamiento, si los hay.
10. Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y estar plenamente informado de las consecuencias de su acción.
11. Rechazar participar en la investigación experimental.
12. Expresar quejas sobre la atención y los servicios prestados y hacer que el Centro investigue tales quejas, sin temor a represalias. Un paciente puede expresar su preocupación verbalmente o por escrito al administrador. El Centro es responsable de proveer al paciente o su / designado con una respuesta por escrito dentro de los 30 días si el paciente lo solicita conclusiones de la investigación. El Centro también es responsable de notificar al paciente o si el paciente no está satisfecho por la respuesta del Centro, el paciente puede quejarse a la Oficina de Administración de Sistemas de Salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 800-804-5447.
13. Privacidad y confidencialidad de toda la información y registros relacionados con el tratamiento del paciente.
14. Aprobación o rechazo de la divulgación o divulgación del contenido de su expediente dental a cualquier profesional de la salud y / o un centro de atención médica, excepto cuando así lo exija la ley o un tercero contrato de pago.