



Fecha: _____

Notificación de Información del Programa Dental Escolar

Estimados Padres o Guardián (Tutor legal):

Su niño(a) ha sido identificado como posible candidato para recibir cuidado dental en las Clínicas Dental de la División de Salud Pública. Para ser elegible su niño(a) deberá estar matriculado en el Programa de Medicaid de Delaware o en el Programa de CHIPS.

Además de los servicios dentales que están disponibles cuando los padres o tutores legales hacen citas, algunos de los servicios pueden ser proveídos a su niño(a) durante las horas escolares. Estas visitas son hechas en conjunto con la escuela. Transportación es proveída ida y vuelta a la Clínica Dental de Salud Pública.

La salud oral es un componente muy importante de la salud integral de un individuo. El cuidado dental de rutina va ayudar a sus niños mantener sus dientes saludables para los años que han de venir.

Reglamentos de Privacidad (HIPAA) requiere que se revele los procedimientos de privacidad para todo los servicios de cuidado de salud. Adjunto encontrará una carta de dos páginas titulado "**Notificación de Práctica de Privacidad**" que explica los procedimientos de privacidad usado por las Clínicas Dental de Salud Pública de Delaware. También encontrará otros formularios para usted completar.

Si a usted le gustaría que su niño(a) participe en el Programa Dental Escolar, por favor revise la "**Notificación de Prácticas Privadas**" con el cual usted se puede quedar, después complete los tres formularios—"Acuso de Recibo de la Notificación de Práctica de Privacidad", el "**Historial Médico/Dental**," y el **Formulario de Transportación** de la escuela, autorizando a la escuela a permitir a su niño(a) que sea enviado a la clínica dental. Devuelva los formularios completados y firmados a la enfermera(o) de la escuela quien se encargará de hacer los arreglos para que su niño(a) sea transportado a la clínica dental de salud pública. *Los tres formularios deberán ser entregados a la enfermera(o) de la escuela antes de su niño(a) ser enviados a la clínica dental.*

Por favor llame la enfermera(o) de la escuela si tiene alguna pregunta. También puede llamar la Clínica Dental de _____ entre 8:00 AM y 4:30 PM.

Atentamente,

*Clínica Dental
División de Salud Pública*

**Clínica Dental De La División De Salud Pública
Historial Médico/Dental**

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Número de Medicaid: _____ Seguro Social: _____ Escuela: _____ Grado: _____
 Dirección del paciente: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Teléfono: _____
 Padres/tutor: _____ Número de celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Persona a contactar en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del Doctor: _____ Número de teléfono: _____
 Razón de su visita de hoy: _____

¿El/la niño/a o usted (padre/tutor) alguna vez ha padecido de: (i) Tuberculosis activa (ii) Tos con sangre (iii) Tos que dura más de tres semanas?
Si su respuesta es sí, no continúe llenado este formulario y entrégueselo a la recepcionista

Escribe una marca (x) en la cajita si su hijo o hija ha tenido un historial de o dificultad con algunos de los siguientes:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Uso de Tabaco/Drogas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Célula de Hoz | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Mastoiditis | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Huesos/articulaciones | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> HIV/Sida | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |

Historial Médico de el/la Niño/Niña

- | | Sí | No | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| ¿El/la niño/a padece de alguna enfermedad en la actualidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuál? _____ |
| ¿La salud de el/la niño/a ha sufrido algún cambio en este año que pasó? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Su niño/a toma algún medicamento en la actualidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuáles? _____ |
| ¿El/la niño/a es alérgico/a al látex? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿El/la niño/a es alérgico/a algún medicamento como la Penicilina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuáles medicamentos? _____ |
| ¿El/la niño/a alguna vez ha padecido enfermedades graves? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí ¿cuáles? _____ |
| ¿El/la niño/a ha estado hospitalizado alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí ¿por qué razón? _____ |
| ¿El/la niño/a padece de alguna enfermedad hereditaria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | If yes, what condition? _____ |
| ¿El/la niño/a tiene problemas del habla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿A el/la niño/a alguna vez le han puesto transfusiones de sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ |
| ¿El/la niño/a tiene problemas físicos, mentales o emocionales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Historial Dental del Niño/Niña

- | | Sí | No | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| ¿Esta es la primera visita de el/la niño/a al dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es no, ¿cuándo fue la última visita? _____ |
| ¿A el/la niño/a alguna vez le han hecho placas de los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ |
| ¿El/la niño/a alguna vez se ha lesionado los dientes/la cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿El/la niño/a alguna vez ha tenido problemas con tratamientos dentales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la niño/a se chupa el dedo gordo/los dedos/el chupete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿El/la niño/a tuvo problemas para mudar los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la niño/a ha recibido tratamiento de ortodoncia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿El/la niño/a toma suplementos de fluoruro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la niño/a usa pasta dental con fluoruro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Qué tipo de agua se usa en la casa? | <input type="checkbox"/> | Agua por tubería | <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua de botella |
| ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? | <input type="checkbox"/> | Tres o más | <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Ninguna |

Yo certifico que he leído y comprendo toda la información antes mencionada. También comprendo que de haber omitido o haber dado información incorrecta sobre la salud de mi hijo/a (mía) podría causar graves consecuencias de salud. Por este medio le doy consentimiento a la División de Salud Pública de Delaware a darle el tratamiento dental necesario a mi hijo/a (a mi). Por este medio se otorga autorización para que se examine, se tomen las placas necesarias, se limpien los dientes, se aplique fluoruro, se den indicaciones de higiene bucal, se ponga anestesia local (con aguja) y cualquier tratamiento que se considere necesario, lo cual incluye restauraciones (empastes) y extracciones (sacar muelas). Comprendo y me comprometo a cumplir con las normas de la clínica entre las que se encuentran: el mostrar comprobante de elegibilidad de Medicaid en cada cita, respetar el hecho de que sólo los pacientes pueden estar en las áreas de tratamiento a no ser que el/la dentista solicite lo contrario y que de perder dos citas seguidas sin antes cancelarlas traerá como consecuencia que se suspendan los servicios de rutina durante un período de seis meses.

Firma / Relación con el/la Paciente: _____ Fecha: _____

Providers' Signatures & Dates: _____



Notificación de Práctica de Privacidad

Efectivo a partir del 14 de abril de 2003

**ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION
MEDICA PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO USTED
PUEDE TENER ACCESO A ELLA.**

POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Propósito de esta notificación: Por ley se requiere que el Departamento de Servicios de Salud y Sociales de Delaware/División de Salud Pública mantenga la privacidad de cierta información de cuidados de salud de carácter confidencial conocida como información de salud protegida (PHI), y que le provea con una notificación de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Esta notificación describe sus derechos legales, le advierte sobre nuestras prácticas de privacidad y le deja saber cómo se le permite al Departamento de Servicios de Salud y Sociales de Delaware/División de Salud Pública el uso y revelación de su PHI. También se requiere que el Departamento de Servicios de Salud y Sociales de Delaware/División de Salud Pública acuerde los términos de la vigente Notificación.

Uso y Revelación del PHI sin autorización: Se le está permitido al Departamento de Servicios de Salud y Sociales de Delaware/División de Salud Pública usar y proporcionar el PHI sin su permiso en ciertas situaciones incluyendo:

- **Tratamiento:** Podríamos compartir información médica sobre usted para coordinar sus cuidados de salud. Por ejemplo, podríamos notificar a su doctor sobre los cuidados que usted recibe en alguna clínica de Salud Pública o podríamos contactarle para recordarle de alguna cita médica.
- **Pagos:** Podríamos usar o compartir su información para la emisión de estados de cuentas y su pago correspondiente. Por ejemplo, enviar el estado de cuenta a su compañía de seguro para su pago.
- **Operaciones de Cuidados de Salud:** Podríamos usar o compartir su información para actividades de control de calidad como la revisión de las cuadrículas médicas para asegurarnos de que usted recibió el tratamiento adecuado, licencias, programas de entrenamiento, planeamiento de negocios o el procesamiento de quejas y protestas.
- **Requerido por la Ley:** Compartiremos su información en los siguientes casos:
 - Situaciones de emergencias como las declaradas como emergencias de salud pública;
 - A alguna autoridad de salud pública en ciertas situaciones como el reporte de un nacimiento, deceso o enfermedad, y como parte de alguna investigación de salud pública para asegurarse del tratamiento adecuado y de la prevención de la diseminación de enfermedades;
 - Para actividades de control, incluyendo auditos o investigaciones del gobierno, inspecciones, procedimientos disciplinarios y otras acciones administrativas o judiciales realizadas por el gobierno (o contratistas), por ley, para supervisar el sistema de cuidados de salud;
 - Por orden de la corte, o en algunos casos, en respuesta a una citación o cualquier otra demanda legal;
 - Para la aplicación de la ley en situaciones limitadas, como cuando existe una orden judicial para tal solicitud, o cuando la información es requerida para la ubicación de un sospechoso o para detener un crimen;
 - Para funciones de carácter militar, de defensa nacional o cualquier otra función gubernamental especial;



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health
Bureau of Oral Health and Dental Services

Acuso de Recibo del Aviso de las Reglas de Privacidad

Usted puede rehusarse a firmar este documento.

Yo, _____, he recibido y revisado una copia de la Notificación de Práctica de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (*Delaware Health and Social Services/División of Public Health*)

Nombre y Apellido (Letra de Imprenta)

Firma

Fecha

Abajo es para el uso de la clínica solamente

Hemos tratado de obtener por escrito el acuso de recibo de la Notificación de Práctica de Privacidad, pero no se pudo obtener porque (indique la razón apropiada).

- El individuo rehusó firmar
- Barreras de comunicación evitó obtener el acuso de recibo
- Una emergencia impidió obtener el acuso de recibo
- Otra razón (detalles abajo)

Fax: (302) 323-2929



Queridos Padres:

Hemos podido obtener algunas citas con la Clínica Dental de DeLaWarr State Service Center y nos gustaría incluir a su niño/niños en el programa. El transporte será por el centro. No habrá ningún precio para este servicio. Por favor llene la siguiente forma y devuélvalo a la Oficina de la enfermera lo mas pronto possible. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llámeme al _____.

Sinceramente,

Enfermera

Nombre de la Escuela



Separe y devuelva esta parte de la forma a la Oficina de la enfermera.

Fecha _____

Por este medio doy el permiso para mi niño/niños ser transportado a la Clínica Dental de DeLaWarr State Service Center.

Nombres de Niños

Firma del padre o guardian _____