



# Unity Care NW's Mobil Clínica Dental



Whatcom Middle School  
El 28 de Febrero

## Servicios Dentales Disponibles:

- Exámen Dental
- Selladores
- Fluoruro

Una evaluación escrita de la situación y las necesidades de salud bucal de su hijo/a será enviado a casa después de cada visita.

### PARA REGISTRAR A SU HIJO/A:

Llene las formas adjuntas y devuélvalas a su maestro

**Antes de, Viernes el 21 de Febrero**

**Costo:** No abra ningún costo!

Si su hijo/a tiene seguro médico, Unity Care NW fracturara su seguro medico por los costos y usted no seria responsable por servicios que no estén cubiertos.

**Todos los servicios son gratis si su hijo/a no tiene Seguro medico.**

### Preguntas frecuentes...

¿Necesito estar presente? Los padres son bienvenidos pero no es requerido.

¿Que pasa si no quiero que mi hijo/a reciba alguno de estos servicios? Usted decide, marque los servicios que no quiere que su hijo/a participaria. Esto se marcaria en la parte del consentimiento atrás de la forma de registro. Los consentimientos serán aplicados durante las 3 visitas del año escolar.

¿Tengo otros niños que no están inscritos en esta escuela. También pueden ser atendidos? Si, Por favor traiganlos! Contacta la coordinadora dental (listo abajo) para una cita.

### ¿Preguntas?

Contacta Robin Pearson, Coordinadora Dental:

Phone: (360) 788-2668

Email: robin.pearson@ucnw.org

UCNW: 360-676-6177



## Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo la información médica puede ser usada y revelada, y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

Unity Care NW respeta su privacidad y entendemos que su información personal de salud es muy sensible. No revelaremos su información a otros a menos que usted nos indique para ello, o a menos que la ley autoriza o nos obliga a hacerlo.

La ley protege la privacidad de la información médica que creamos y obtenemos en disponer de nuestros cuidados y servicios a usted. Por ejemplo, su información protegida de salud incluye síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento, información sobre su salud de otros doctores, y la facturación e información de pago en relación con estos servicios. La ley federal y estatal nos permite utilizar y revelar su información médica protegida para los propósitos de las operaciones de tratamiento y cuidado de la salud. La ley estatal requiere obtener su autorización para revelar esta información para propósitos de pago.

### Ejemplo de Uso y revelación de información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

#### Para el tratamiento:

- Información obtenida por una enfermera, médico, u otro miembro de nuestro equipo de salud será grabada en su registro médico y usada para ayudar en la decisión de lo que será mejor para usted.
- También podemos disponer información y recibir información de otros que le disponen cuidado de salud. Esto ayudará a lograr su equipo médico estar informados sobre su salud para que podamos gestionar y coordinar sus necesidades de salud de manera eficaz.

#### Para el pago:

- Solicitamos el pago de su plan de seguro médico. Los planes médicos necesitan información de nosotros sobre su atención médica. La información prestada a los planes de salud puede incluir sus diagnósticos, procedimientos realizados, y el cuidado de salud recomendado.

#### Para las operaciones de atención médica:

- Podemos utilizar sus registros médicos para evaluar la calidad y mejorar los servicios.
- Podemos usar y revelar registros médicos para revisar las calificaciones y actuación de nuestros profesionales de salud y para entrenar a nuestro personal.
- Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas y darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios.
- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, sin embargo usted tiene el derecho de optar de este tipo de comunicaciones de recaudación de fondos con cada solicitud.
- Podemos usar y revelar su información para conducir u organizar servicios, incluyendo:
  - o revisiones de calidad médica por su plan de salud médica;
  - o servicios de contabilidad, administración de riesgos legales, y servicios de seguro médico;
  - o funciones de auditoría, incluyendo programas de cumplimiento y detección del fraude y el abuso.

#### Sus Derechos de Información de Salud

Los registros de salud y de facturación que creamos y guardamos son propiedad del establecimiento de salud. La información de salud protegida en el mismo, sin embargo, le pertenece a usted. Usted tiene derecho:

- Recibir, leery preguntar acerca de este Aviso;
- Pedirnos que restringamos ciertos usos y revelaciones. Usted debe entregar esta solicitud por escrito. No estamos obligados a acceder a la solicitud, pero cumpliremos con cualquier solicitud de concesión;
- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a las divulgaciones de PHI a su plan de salud para los servicios de salud o los artículos pagados fuera de su bolsillo en su totalidad y debemos cumplir con su solicitud.
- Solicitar y recibir de nosotros una copia en papel de la más reciente "Aviso de prácticas de privacidad de información de salud protegida"
- Solicitar que se le permita ver y obtener una copia de su información de salud protegida. Usted debe hacer esta solicitud por escrito. Tenemos un formulario disponible para este tipo de solicitud.
- Tener nos revisar una denegación de acceso a su información de salud- excepto en ciertas circunstancias.
- Pedirnos que cambiemos su información médica. Usted puede dar esta solicitud por escrito. Usted puede escribir una declaración de desacuerdo si su solicitud es negada. Esta declaración se almacenará en su expediente médico y se incluye con cualquier liberación de sus registros.
- Solicitar una lista de las revelaciones de su información médica. Esta lista no incluirá las revelaciones a terceros pagadores.
- Puede recibir esta información sin cargo una vez cada 12 meses. Le notificaremos del costo involucrado si usted solicita esta información más de una vez en 12 meses.
- Pedir que se le dé su información de salud por otros medios o en otra ubicación. Por favor dis ponga su firma, la fecha y entregue su solicitud por escrito.
- Cancelar autorizaciones previas para utilizar o revelar información de salud dándonos una revocación por escrito. Su revocación no afectará la información que ya ha sido puesto en libertad. Asimismo, no afecta a ninguna acción tomada antes de que lo tengamos. A veces, no se puede cancelar una autorización si su propósito era para obtener un seguro.
- Usted recibirá una notificación de cualquier incumplimiento de su información de salud del paciente no asegurado.

### Nuestras Responsabilidades

#### Estamos obligados a:

Darle este Aviso a pedido, seguir los términos de este aviso y mantener su información de salud

tenemos el derecho de cambiar las prácticas respecto a la información médica protegida que mantenemos. Si hacemos cambios, actualizaremos este aviso. Usted puede recibir la copia más reciente de este Aviso llamando y preguntando por ella, o visitando nuestra oficina para obtener una copia.

#### Para pedir Ayuda o Quejarse

Si usted tiene preguntas, quiere más información, o necesita reportar algún problema del manejo o de su información de salud protegida, usted puede comunicarse con el Oficial de Privacidad a la dirección indicada en la primera página de este aviso.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, también puede discutir sus preocupaciones con cualquier personal de la clínica. También puede mandar una queja escrita al Oficial de Privacidad a la dirección indicada en la primera página de este aviso. También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Respetamos su derecho a presentar una queja con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Si usted se queja, no tomaremos represalias contra usted.

### Otras Revelaciones y usos de la información médica protegida

#### Para recordarle:

A menos que usted se oponga, podemos recordarle por escrito o por teléfono / correo de voz que usted tiene una cita médica con nosotros. Estos recordatorios se pueden hacer por postal, teléfono, o correo de voz, a menos que usted específicamente nos pide para comunicarnos con usted a través de un método en particular.

#### Podemos usar y divulgar su información médica protegida sin su autorización como sigue:

- Con investigadores de salud - si la investigación ha sido aprobada y cuenta con políticas para proteger la privacidad de su información de salud. También podemos compartir información con los investigadores médicos que están preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación.
- Para Direcciones de Farmacias / Farmacias consistentes con la ley aplicable para que puedan llevar a cabo sus funciones.
- Para Organizaciones de órganos de Consecución (donación y trasplante de tejidos) o de las personas que obtienen, almacenan u órganos trasplantados
- Para la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en relación a los problemas con los alimentos, suplementos y productos.
- Para cumplir con las leyes de los trabajadores- si usted hace un reclamo de compensación.
- Para Salud Pública y propósitos de Seguridad como permita o exija la ley.
  - o para prevenir o reducir una amenaza grave e inmediata a la salud o seguridad de usted o del público mediante comunicaciones con su contacto de emergencia o respondiendo a las preguntas formuladas por un familiar cercano / amigo.
  - o para la salud pública o autoridades legales
  - o con propósitos de salud y seguridad públicas. Por ejemplo, podemos compartir información de salud con el Departamento de Salud
    - o para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
    - o para reportar estadísticas vitales tales como nacimientos o muertes
- Para informar una sospecha de abuso o negligencia a las autoridades públicas
- Para Instituciones Correccionales si usted está en la cárcel o prisión, según sea necesario para su salud y la seguridad de otros
- Con propósitos de cumplimiento de la ley como cuando recibimos una citación, orden judicial u otro proceso legal, o usted es víctima de un crimen
- Para la Salud y Actividades de supervisión de seguridad. Por ejemplo, podemos compartir información de salud con el Departamento de Salud.
- Para propósitos de Alivio de Desastres. Por ejemplo, podemos compartir información de salud con agencias de socorro para ayudar en la notificación de su condición de familia u otras personas
- Para condiciones relacionadas con el trabajo que afectará la salud del empleado. Por ejemplo, un empleador nos podría pedir que evaluamos los riesgos de salud en un sitio de trabajo.
- Para las Autoridades Militares de EE.UU. Y personal militar extranjero. Por ejemplo, la ley puede requerir que dispongamos la información necesaria para una misión militar.
- En el curso de un procedimiento judicial / administrativo en su solicitud, o como lo indique una citación u orden judicial
- Para funciones especializadas del gobierno. Por ejemplo, podemos compartir información para propósitos de seguridad nacional.

Unity Care NW no utiliza actualmente la información de salud del paciente para la comercialización o venta, pero si tuvieramos que hacerlo, la mayoría de los usos y revelaciones de información de salud para propósitos de marketing y más revelación de información de salud que constituyen la venta de esta información de salud, requerirían su autorización por escrito.

Usos y divulgaciones que no están en esta Notificación se harán sólo según lo permitido o requerido por la ley o con su autorización por escrito



# Inscripción en la Clínica Dental Móvil

Favor de **COMPLETAR LOS DOS LADOS** de esta forma, **FIRMAR** la página de atrás, y **REGRÉSELO** a su escuela.

## SERVICIOS DENTALES DISPONIBLES:

Examen Dental (Visual)

Selladores

Fluoruro

Por favor, especifique por atrás de esta página cualquier servicio que no le gustaría que su hijo/a reciba.

¿Preguntas? Llame a la Coordinadora Dental a 360.788.2668

## INFORMACIÓN PERSONAL DEL NIÑO/A

Lista de todos los niños en esta escuela que desean inscribirse:

**Nombre niño/a:** (Nombre y Apellido)

**Fecha de nacimiento:**

**Maestro/Grado/Escuela:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_, WA 98 \_\_\_\_\_  
Calle o PO Box Ciudad Código Postal

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **¿Sin hogar?**  Sí  No

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Sexo del niño:**  Niña  Niño

**¿Preferencia de idioma?:**  inglés  español  ruso  Punjabi

**¿Hay algún adulto que vive en su casa que habla inglés?**  Sí  No

## CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS

El programa móvil dental tendrá 2-3 vistas durante el año escolar y se le ofrecerá a su hijo los siguientes servicios en cada visita. No notificaremos a los padres antes de nuestras vistas.

### Entiendo y acepto que mi hijo/a recibirá:

- Examen dental limitado (Visual)
- Fluoruro
- Selladores

**\*\*Marque los servicios que NO desea que su hijo/a reciba. \*\***

**>> POR FAVOR COMPLETE Y FIRMA EL OTRO LADO <<**

(Se requiere la firma del padre/madre para que su hijo/a reciba nuestros servicios)

## HISTORIA MÉDICA Y DENTAL DE NIÑO/A

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud? .....  SÍ  NO

Si es así, describa el problema y el nombre del niño \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? .....  SÍ  NO

Si es así, describa la alergia y su reacción y el nombre del niño \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo/a algún medicamento? .....  SÍ  NO

Si es así, indique el nombre de medicamento \_\_\_\_\_

¿Vista su hijo/a el dentista cada 6 meses para un examen? .....  SÍ  NO

Aprox. fecha del último examen: \_\_\_\_\_ Nombre de Dentista y Clínica: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO DE EL/LA NIÑO/A

¿Está su hijo cubierto por WA de Apple de la Salud o Medical? .....  SÍ  NO

Provider One # \_\_\_\_\_

NO es necesario entregar una copia de su credencial de Provider One

¿Está su hijo/a cubierto por un plan comercial seguro dental? .....  SÍ  NO

Compañía de seguros (Group Health, Primera, etc): \_\_\_\_\_

No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Vínculo con el niño:  Padre/Madre  Otro

No. de Seguro Social de suscriptor: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\*Autorizo a la clínica o a la compañía de seguros a revelar la información necesaria para procesar mi reclamación \*

**INFORMACIÓN SÓLO CON FINES DE SUBVENCIÓN:** *Unity Care NW es un centro de salud sin fines de lucro que recibe el apoyo financiero del gobierno y subvenciones privadas. Estos datos son necesarios para solicitar fondos y para informar.*

¿Cuál es el origen étnico de su hijo?  Hispano  No Hispano

¿Cuál es la raza de su hijo?  Asiático  Africano-Americano  Nativo Americano  Blanco  
 Hawaiano Nativo  Otras islas del Pacífico  Negarse a informar

Quién es el proveedor de seguro primario de su hijo/a?  WA Apple Health/DSHS/Medicaid  Group Health  
 Primera  Regence  Otra: \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia (Número de personas en el hogar): \_\_\_\_\_

Ingreso mensual por hogar (Aproximado): Debajo \$1,000 \$1,000-2,500 \$2,500-4,000 Encima \$4,000

Llevamos un registro de los servicios de atención médica que le brindamos. Tiene derecho a consultar dicho registro y a solicitar una copia. También puede pedir que corrijamos el registro. No revelaremos su registro a menos que usted nos lo indique o que la ley nos autorice o nos obligue a hacerlo. Para consultar u obtener más información sobre su registro, comuníquese con el Funcionario de Privacidad al 360-676-6177, ext. 1168. Nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** describe en forma más detallada de qué manera puede utilizarse y divulgarse su información clínica y cómo puede hacer para acceder a dicha información.

## >>SU FIRMA ES NECESARIO PARA NUESTROS SERVICIOS <<

A mi leal saber y entender, todas las respuestas que anteceden son verdaderas y correctas. Mi firma al pie indica que autorizo a mi hijo/a recibir los servicios correspondientes, a menos que se indique lo contrario, y a que los servicios se le facturen a mi seguro. Permiso compartir información con el personal de la escuela, según sea necesario. Asimismo, confirmo haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto.

Nombre de padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Por favor escriba claramente)

Firma de padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Relación al paciente:  Madre  Padre  Otra: \_\_\_\_\_