



Formulario de consentimiento dental, liberación de responsabilidad y autorización del programa de salud bucal escolar

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
GÉNERO (F / M / X / N)		FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA		
# DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE		GRADO		# DE AULA	
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR			MEDICAID/ALL KIDS — # DE BENEFICIARIO DE 9 DÍGITOS		
TELÉFONO	DIRECCIÓN DE DOMICILIO (incluya número de unidad si corresponde)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL PRIVADO					
NÚMERO DE PÓLIZA DEL SEGURO DENTAL PRIVADO		# DE GRUPO		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL PRIVADO	
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR ASEGURADO/A		FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA ASEGURADO/A			

Como padre, madre o tutor/a del estudiante mencionado anteriormente, entiendo que, a través del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago y el Programa de Salud Bucal Escolar de las Escuelas Públicas de Chicago (el "PROGRAMA"), dentistas o higienistas con licencia visitarán próximamente la escuela de mi estudiante o menor bajo mi tutela para evaluar su salud bucal, recopilar información sobre su estatura y peso, y hacer un EXAMEN O REVISIÓN DENTAL y, si es necesario, una LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO CON FLÚOR, TRATAMIENTO(S) CON SDF, y SELLADORES DENTALES, SIN COSTO alguno para los estudiantes ni sus familias. Los selladores dentales, además del cepillado y uso regular del hilo dental, ayudan a proteger los dientes de su estudiante contra la CRIES. Los selladores son recubrimientos delgados de plástico que se aplican sobre la parte superior de las muelas para SELLAR los alimentos y gérmenes. Se colocan en dientes que no presentan caries visibles y no causan dolor. LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NO INCLUYEN PERFORACIONES NI INYECCIONES.

Entiendo que, en consideración por la participación de mi estudiante o menor bajo mi tutela en el PROGRAMA, y como se demuestra con mi firma a continuación, por este medio libero y eximo de toda responsabilidad a la CIUDAD DE CHICAGO, a sus departamentos—incluido el Departamento de Salud Pública—, así como a sus empleados, funcionarios, voluntarios, agentes y representantes, y a la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fideicomisarios, agentes, funcionarios, contratistas, voluntarios y empleados, de cualquier responsabilidad que pudiera recaer sobre mí o sobre mi estudiante o menor bajo mi tutela, por todas y cada una de las pérdidas, lesiones o daños, tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, que

surjan en relación con la participación de mi estudiante en el PROGRAMA, independientemente de si dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades resultan total o parcialmente de negligencia por parte de la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos (incluido el Departamento de Salud Pública), sus empleados, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o por parte de la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, empleados, contratistas, voluntarios, agentes o representantes.

También entiendo que, como se evidencia con mi firma a continuación, reconozco que un dentista o higienista con licencia que brinde atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento sin cobrar honorarios, en representación del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago, no es responsable por daños civiles que resulten de sus actos u omisiones al proporcionar dicha atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento bajo el Programa, excepto en casos de conducta intencional o negligencia grave. Para autorizar a los proveedores dentales y al Departamento de Salud Pública de Chicago a compartir información relacionada con los servicios dentales del PROGRAMA ofrecidos a su estudiante, o menor bajo su tutela, por favor firme el Formulario de Autorización que se encuentra al reverso de esta página. Este formulario de consentimiento firmado tiene validez por 365 días a partir de la fecha en que sea firmado por el padre, madre o tutor/a del estudiante.

Consulte con su dentista o con su aseguradora privada para averiguar si su estudiante puede participar en nuestro programa dental.

¿RAZA? (Por favor marque una opción) Blanco/a Negro/a Asiático/a Isleño/a del Pacífico Indígena Americano/a
 Nativo/a de Alaska Oriente Medio y el Norte de África (MENA) Hispano/a

INFORMACIÓN MÉDICA: ¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? SÍ NO Si respondió Sí: Por favor marque todas las condiciones que correspondan: Asthma Diabetes Actualmente tiene soplo cardíaco Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática Epilepsia Trastorno / enfermedad de la sangre Hepatitis	¿SU ESTUDIANTE ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO Si respondió SÍ, por favor indique los medicamentos:
	¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA ALERGIA? SÍ NO ¿TIENE SU ESTUDIANTE ALERGIA A LA PLATA? SÍ NO Si respondió SÍ, por favor indique las alergias:
	¿EXISTE ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA RELACIONADA? SÍ NO Si respondió SÍ, por favor indique las condiciones:
	(Empty space for additional information)

Como padre, madre o tutor/a del estudiante o menor mencionado/a anteriormente, autorizo la participación de mi hijo/a o menor bajo mi tutela en el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR, el cual incluye un examen/revisión dental y, si es necesario, una limpieza dental, tratamiento con flúor y aplicación de selladores dentales, así como exámenes de control de calidad. Autorizo al proveedor dental a utilizar el número de Medicaid, ALL KIDS o seguro dental privado de mi hijo/a o menor únicamente con fines de facturación. Entiendo que, si no firmo este Formulario de Consentimiento Dental y Liberación de Responsabilidad, mi hijo/a o menor bajo mi tutela no recibirá ningún servicio bajo este programa.

X
 Firma del Padre, Madre o Tutor/a

Fecha

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.

Por favor firme al frente y al reverso



Consulte con su dentista o con su aseguradora privada para averiguar si su estudiante puede participar en nuestro programa dental.



Formulario de autorización del programa de salud bucal en la escuela - HIPAA

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR		
NOMBRE DE LA ESCUELA			

NUEVA Autorización para el Uso de Fluoruro Diamino de Plata (SDF)

¡Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries!

BENEFICIOS DEL SDF: Las caries dentales son comunes en la infancia, pero ahora nuestros dentistas cuentan con una alternativa segura e indolora a los procedimientos tradicionales que requieren perforación: el Fluoruro Diamino de Plata (SDF). El SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que ayuda a prevenir que las caries se formen, crezcan o se propaguen a otros dientes. El dentista simplemente aplica el SDF en los dientes posteriores con un cepillo. Razones para evitar el tratamiento con SDF: alergia a la plata, antecedentes de llagas bucales o presencia de llagas dolorosas en las encías.

Alternativas

- Sin tratamiento: El diente puede seguir deteriorándose y causar dolor.
- Otras opciones: barniz de flúor, un empaste o corona, o la extracción del diente.

Riesgos

- El tratamiento con SDF puede no eliminar la necesidad de un empaste tradicional.
- Es normal que el SDF manche las caries de color marrón o negro — eso significa que el tratamiento está funcionando.
- Las partes sanas del diente no se mancharán.
- El SDF puede causar manchas temporales si entra en contacto con la piel. La mancha es inofensiva y debería desaparecer en menos de una semana.
- El SDF puede causar un sabor metálico temporal.
- Para más información, escanee el código QR.



Antes de SDF



Después de SDF

Consentimiento para el Tratamiento con SDF (Fluoruro Diamino de Plata)

Certifico que he leído y entiendo completamente la información sobre la(s) aplicación(es) propuesta(s) de Fluoruro Diamino de Plata (SDF), o que he hablado de este tratamiento con el proveedor de atención dental y he recibido respuestas a todas mis preguntas. Entiendo los posibles riesgos asociados con el tratamiento con SDF y confirmo que no tengo (o que el/la paciente a quien represento no tiene) contraindicaciones para su uso. Autorizo la aplicación del tratamiento con SDF.

X

Firma del Padre, Madre o Tutor/a para el Tratamiento con Fluoruro Diamino de Plata (SDF)

Fecha

Autorización HIPAA

Al firmar a continuación, entiendo que estoy otorgando mi autorización al proveedor dental y al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) para usar y/o divulgar la información médica protegida de mi hijo/a o menor bajo mi tutela a las siguientes personas u organizaciones con fines de elaboración de informes, documentación de tendencias de salud bucal y facturación a Medicaid y subvenciones: Ciudad de Chicago, Departamento de Salud Pública, 111 W. Washington, 4.º piso, Chicago, IL 60602; Director/a de la escuela; Departamento de Servicios de Salud y Familia del Estado de Illinois, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL 62763; Departamento de Salud Pública de Illinois – Sección de Salud Bucal, 535 W. Jefferson Street, 2.º piso, Springfield, IL 62761; Escuelas Públicas de Chicago, Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil, 42 West Madison, Chicago, IL 60602; Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC); Oral Health Forum (OHF), 1100 West Cermak Road, Suite 518, Chicago, IL 60608; Infant Welfare Society of Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, IL 60647; Oak Park-River Forest Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302; y las unidades móviles dentales aprobadas por las Escuelas Públicas de Chicago.

X

Firma del Padre, Madre o Tutor/a para la Autorización HIPAA

Fecha

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.

Por favor firme al frente y al reverso

El Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH) y los proveedores dentales no pueden condicionar el tratamiento, el pago o la elegibilidad para beneficios a la firma de esta autorización o a mi negativa a firmarla. Esta autorización es voluntaria, y puedo negarme a firmarla. Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de esta autorización pueda ser revelada nuevamente por el destinatario y que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) ni por las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar esta autorización por escrito enviando una notificación al Oficial de Privacidad HIPAA, City of Chicago, Department of Public Health, 111 W. Washington, 4.º piso, Chicago, IL 60602. La revocación no será efectiva respecto a las acciones realizadas antes de la revocación.

Esta autorización tendrá validez por 365 días a partir de la fecha en que sea firmada por el padre, madre o tutor/a legal del niño/a o menor bajo tutela.

