



Community Health Centers of Lane County
Programa de Prevención Dental
AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DENTALES



Durante el año ofrecemos exámenes de higiene dental, limpieza de los dientes, aplicación de fluoruro, sellantes y sellantes temporales, sin costo para usted. (Intentaremos recibir un reembolso de parte de su seguro dental, cuando sea posible.) Estos servicios, si son indicados, serán proporcionados por Community Health Centers del Condado de Lane. Si usted desea que su hijo/a reciba estos servicios, por favor conteste las siguientes preguntas, firme, ponga la fecha y regrese este formulario.

Nombre de la escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del niño/a: _____ Género: M / F / Otro: _____

Seguro dental del niño (si tiene): _____ Número de recipiente/paciente #: _____

Padre/madre o tutor: (letra de molde) _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: OR C.P.: _____

Teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____ Mensajes: _____

Fecha del último examen dental que tuvo su hijo:	Nombre del dentista:
--	----------------------

¿Tiene algún problema dental su hijo en este momento?:

1) No Sí ¿Tiene su hijo Asma?

2) No Sí ¿Ha tenido su hijo algún problema serio de salud? Sí, favor de explicar _____

3) No Sí ¿Tiene alergias su hijo/a? Sí, favor de explicar _____

4) No Sí ¿Su doctor o dentista ha recomendado que su hijo/a tome antibióticos antes de una limpieza dental? Sí, favor de explicar _____

Como padre/madre o tutor legal, por medio de la presente doy consentimiento para que mi hijo/a reciba un examen de higiene dental, aplicación de esmalte de fluoruro, limpieza de los dientes, y sellantes, cuando sean indicados. También doy consentimiento para que los resultados de los servicios de higiene oral, incluyendo información personal e información sobre programación de cita, sea intercambiada entre Community Health Centers del Condado de Lane, la escuela o plantel respectivo, el proveedor dental, seguro de salud, dentista de cabecera, cualquier organización de cuidado coordinado, y/o la organización de cuidado dental de cabecera, con el propósito de tratamiento, pago u fines operativos. Esta información puede ser sujeta a la re-divulgación y por lo tanto ya no protegida por ley estatal o federal. El no firmar esta autorización le prohíbe a Community Health Centers del Condado de Lane proporcionar o referir los servicios indicados. Esta autorización tiene vigencia de 24 meses. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al escribir o llamar al representante del Programa de Prevención Dental de Community Health Centers del Condado de Lane: 2073 Olympic St, Springfield OR 974477 (541) 682-3560. Si tiene seguro dental de Medicaid u Oregon Health Plan, la higienista dental de práctica expandida notificará el plan de servicio recibido. **Al firmar esta forma, también acepto que he recibido una copia adjunta de las Noticias de Prácticas Privadas de Community Health Centers del Condado de Lane.**

Firma: _____ **Fecha:** _____

Padre / Madre o Tutor

Favor de proporcionar la siguiente información para nuestras estadísticas. Esto no afectará la elegibilidad de su hijo/a para recibir servicios.

Grupo étnico

- Hispano
- No Hispano

Raza – Favor de marcar todos los que apliquen.

- Asiático
- Negro
- Nativo de Alaska
- Indio Americano
- Nativo de Hawaii
- Islas del Pacífico
- Blanco
- Otro:

Estatus de vivienda:

- ⁷En riesgo de quedarse sin vivienda, vivienda inestable
- ⁵En este momento tengo vivienda, pero no tube alguna vez en los últimos 12 meses
- ²Vivo en vivienda transitoria
- ⁴Sin vivienda: vivo en la calle, campamento, puente, carro
- ¹Vivo en un refugio temporal
- ⁸Tengo vivienda
- ³Vivo con otras personas (familia o amigos)
- ⁶Sin vivienda otro: _____

Información sobre sus ingresos:

Total de ingresos en su hogar para el año previo: \$ _____

Número de personas mantenidas con estos ingresos (incluyendo usted): _____



Información para los padres sobre el esmalte de fluoruro

¿Porqué nosotros recomendamos la aplicación del esmalte de fluoruro en los dientes de los niños?

La caries es una de las enfermedades prevenibles más comunes en los niños. Los niños pequeños de los 12-18 meses pueden tener caries. Las caries en los dientes de leche pueden causar dolor y aún hasta evitar que los niños puedan comer, hablar, dormir y aprender apropiadamente. Los niños no pierden todos sus dientes de leche hasta que tienen como 11 o 12 años de edad.

¿Qué es el esmalte de fluoruro?

El esmalte de fluoruro es una capa protectora que es pintada sobre los dientes para ayudar a prevenir nuevas caries y para ayudar a detener a las caries que ya hallan comenzado.

¿Es el esmalte de fluoruro seguro?

Sí, el esmalte de fluoruro puede ser usado en bebés desde que tienen sus primeros dientes. Solamente una cantidad pequeña de esmalte de fluoruro es usada. Este método de poner fluoruro en los dientes ha sido usado en Europa por más de 25 años. El esmalte de fluoruro es aprobado por la "FDA" y es respaldado por la Asociación Dental Americana.

¿Cómo se aplica el fluoruro en los dientes?

El esmalte es pintado sobre los dientes. Es rápido y fácil de aplicar y no tiene mal sabor. No hay dolor, pero su niño/a puede llorar simplemente porque a los bebés y niños no les gusta que les pongan cosas en su boca ¡especialmente por gente que ellos no conocen! Los dientes de su niño/a estarán amarillos o blancos después que el esmalte de fluoruro sea aplicado. El color desaparecerá al segundo día después del cepillado de los dientes de su niño/a.

¿Cuánto tiempo dura el fluoruro?

La capa de fluoruro trabajará mejor si es aplicada en los dientes de 3-4 veces al año.

¡Los dientes de leche son importantes!

Recuerde, no cepille los dientes de su niño/a hoy y no le de comidas duras o pegajosas. Cepille los dientes de su niño/a mañana en la mañana. El color desaparecerá cuando usted cepille los dientes de su niño/a.



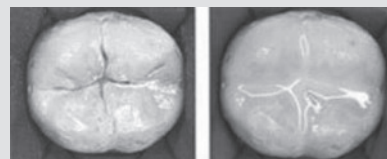
Hoja informativa sobre los selladores dentales

¿Qué deben saber los padres sobre los selladores dentales?

- Los selladores dentales pueden prevenir la caries.
- Su hijo/a puede recibir GRATIS selladores en la escuela a través del Programa de Selladores Dentales en las Escuelas (School-based Dental Sealant Program) de Oregon.
- Un proveedor licenciado aplica el sellador y revisa los dientes de su hijo/a.
- Los selladores no duelen ¡por lo que no se necesita anestesia!
- Los selladores dentales sólo protegen las muelas.
- Es muy importante que su hijo/a se siga cepillando los dientes y usando hilo dental todos los días y que use flúor ya sea en la casa o en la escuela.

¿Sabía usted?

- La caries puede prevenirse en casi un 100%.
- Los selladores dentales evitan que los gérmenes causen caries en las muelas (molares).



Antes

Después

¡Proteja la sonrisa de su hijo/a haciendo que se cepille los dientes y use hilo dental diariamente!

Si bien ocurre rara vez, podría producirse una reacción alérgica. Si usted nota algún síntoma poco usual en su hijo/a después del tratamiento, llame al médico de su hijo/a y al Programa de Higiene Bucal (Oral Health Program) al 971-673-0348.

Oregon
Health
Authority

CENTER FOR PREVENTION & HEALTH PROMOTION
Oral Health Program
www.healthoregon.org/schooloralhealth

De solicitarse, este documento se facilitará en otros formatos a personas con discapacidades o en otros idiomas aparte del inglés para las personas con un nivel limitado de inglés. Para solicitar esta publicación en otro formato o idioma, comuníquese con el Programa de Higiene Bucal al 971-673-0348 o al 971-673-0372 para TTY (personas con problemas auditivos). Para obtener más información visite www.healthoregon.org/schooloralhealth.

LANE COUNTY HEALTH & HUMAN SERVICES
BEHAVIORAL HEALTH AND COMMUNITY HEALTH CENTERS OF LANE COUNTY
AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha de vigencia: 30 de junio de 2015



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y REVELARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE POSEE SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON DETENIMIENTO

Lane County Health & Human Services, HHS (Servicios Sanitarios y Humanos del Condado de Lane) provee muchos tipos de servicios, tales como salud pública, salud mental y servicios de protección contra las drogas y el alcohol. El personal de HHS debe recopilar información sobre usted para poder brindar estos servicios. HHS sabe que la información que recopilamos sobre usted y su salud es confidencial. Las leyes federales y estatales obligan a HHS a proteger esta información, llamada "información protegida sobre la salud" (PHI, por sus siglas en inglés).

El Aviso de Prácticas de Confidencialidad describirá cómo HHS puede usar o revelar la información que posee sobre usted. No se describirán todas las situaciones. HHS tiene la obligación de proporcionarle un aviso sobre nuestras prácticas de confidencialidad respecto a la información que recopilamos y guardamos sobre usted. HHS debe respetar las condiciones del aviso que se encuentre en vigor.

HHS puede usar y revelar información sin su autorización

- **Para tratamientos.** HHS puede usar o revelar información a los proveedores de atención a la salud que participen en el cuidado de su salud. Por ejemplo, se puede compartir información para crear e implementar un plan para su tratamiento. **Existen excepciones para algunos servicios de alcohol y drogas, salud mental y VIH.**
- **Para coordinar el cuidado.** Ahora HHS es parte de La organización de atención coordinada del Estado (CCO, por sus siglas en inglés). Si usted es miembro del Plan de salud de Oregon, HHS podría usar o revelar información sobre su salud a otros proveedores en CCO, quienes están involucrados en su cuidado, con el propósito de proporcionar cuidado a la persona completa.
- **Para el pago.** HHS puede usar o revelar información para obtener el pago o para pagar por los servicios de atención a la salud que usted reciba. Por ejemplo, HHS puede proveer información protegida sobre la salud con objeto de cobrarle a su plan de salud los servicios de atención a la salud que se le brinden a usted.
- **Para operaciones de atención a la salud.** HHS puede usar o revelar información para administrar sus programas y actividades. Por ejemplo, HHS puede usar información protegida sobre la salud para evaluar la calidad de los servicios que usted reciba.
- **Para asociados de negocio.** Si la información es necesaria para que ellos desempeñen funciones en nombre de HHS o para revisiones medicas, servicios legales, auditorías o el manejo de actividades relacionadas al cumplimiento de HIPAA. Ellos están obligados a proteger la privacidad de su información.
- **Para actividades de supervisión de la salud.** HHS puede usar o revelar información durante inspecciones o investigaciones de nuestros servicios.
- **De acuerdo con lo requerido por las leyes y para la imposición del cumplimiento de la ley.** HHS usará y revelará información cuando las leyes federales o estatales lo requieran o permitan, o por una orden judicial.
- **Para informes e investigaciones sobre abusos.** La ley requiere que HHS reciba e investigue informes sobre abusos.
- **Para evitar perjudicar al individuo.** HHS puede revelar información protegida sobre la salud al cuerpo encargado de imponer el cumplimiento de la ley con el fin de evitar una amenaza seria a la salud y a la seguridad de una persona o del público.

Usos y revelaciones en situaciones especiales

Podemos usar y revelar su información protegida sobre la salud en las situaciones que se describen abajo a menos que usted nos avise por escrito que preferiría que no lo hiciéramos. Consulte la información de abajo sobre "Sus derechos a la confidencialidad de la información protegida sobre la salud" para obtener información sobre cómo solicitar limitaciones.

- **Citas y otra información sobre salud.** HHS puede enviarle recordatorios para su atención médica o exámenes de rutina.
- **Para actividades de salud pública.** HHS es la agencia de salud pública que guarda y actualiza expedientes vitales, tales como nacimientos y muertes, y da seguimiento a algunas enfermedades.
- **Para programas gubernamentales.** HHS puede usar y revelar información para beneficios públicos en otros programas gubernamentales. Por ejemplo, HHS puede revelar información para determinar los beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés).
- **Para investigación.** HHS usa información para estudios y para desarrollar informes. Estos informes no identifican a pacientes específicos.
- **Individuos involucrados en su cuidado.** HHS podría divulgar su información a personas que usted haya identificado que estén involucradas en el cuidado de su salud, tales como un familiar, pariente o amigo, u otros. Esta información debe estar directamente relacionada con la participación de dichas personas en su cuidado. Si usted no pudiera asentir a esta divulgación, por ejemplo en una emergencia médica, es posible que divulguemos lo que sea necesario si determinamos que es para su beneficio, según nuestro criterio profesional.

Otros usos y revelaciones requieren su autorización escrita

Para otras situaciones, HHS solicitará su autorización por escrito antes de usar o compartir información, incluso para propósitos de publicidad o cualquier otra situación que constituya una venta de Información Protegida Sobre la Salud (PHI en inglés). Usted puede escribirnos para cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. HHS no puede retirar ningún uso ni revelación que ya haya sido realizado con su autorización.

- **Otras leyes protegen la información protegida sobre la salud.** Muchos programas de HHS tienen otras leyes para el uso y revelación de información sobre usted. Por ejemplo, a excepción de lo descrito anteriormente para la coordinación del cuidado, usted debe dar su autorización escrita para que HHS use y revele sus expedientes de salud mental, VIH o tratamiento para el alcohol o las drogas.

Sus derechos a la confidencialidad de la información protegida sobre la salud

Cuando HHS mantiene la información como agencia de salud pública, los expedientes de salud pública se ven gobernados por otras leyes estatales y federales y no se encuentran sujetos a los derechos que se describen abajo

- **Derecho a ver y obtener copias de sus expedientes.** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a mirar u obtener copias de sus expedientes. Debe solicitarlo por escrito. Es posible que se le cobre una pequeña suma por el costo de fotocopiar sus expedientes.
- **Derecho a solicitar una corrección o a actualizar sus expedientes.** Usted puede solicitar que HHS modifique o agregue información a sus expedientes si piensa que existe un error. Debe hacerlo por escrito, y dar una razón para su solicitud.
- **Derecho a obtener una lista de revelaciones.** Usted tiene derecho a solicitar a HHS una lista de las revelaciones que se hayan llevado a cabo después del 14 de abril de 2003. Debe hacerlo por escrito. Esta lista no incluirá las veces que la información se reveló para tratamiento, pago u operaciones de atención a la salud. La lista no incluirá información suministrada directamente a usted o a su familia ni información que se haya enviado con su autorización.
- **Derecho a solicitar limitaciones sobre los usos o revelaciones de información protegida sobre la salud.** Usted tiene derecho a solicitar que HHS limite la forma en que se usa o revela su información. Debe hacerlo por escrito y especificar a HHS qué información desea limitar y a quién desea que se aplique dicha limitación. En la mayoría de los casos, HHS no tiene la obligación de acceder a la restricción. Si se solicita y es consistente con la ley, HHS ha de acordar no enviar información sobre su salud a su plan de salud para recibir pago con propósito de operar el cuidado de salud si la información es pertinente aun artículo o servicio de cuidado de la salud por el cual usted le ha pagado en su totalidad a HHS de su bolsillo. Usted puede solicitar que las restricciones terminen por escrito o verbalmente.
- **Derecho a elegir cómo nos comunicamos con usted.** Usted tiene derecho a solicitar que HHS comparta información con usted de una cierta manera o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar a HHS que envíe información a su dirección laboral en lugar de hacerlo a su domicilio particular. Debe hacerlo por escrito. No tiene la obligación de explicar en qué se basa su solicitud.
- **Derecho a presentar una queja.** Usted tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la manera en que HHS ha usado o revelado información sobre usted.
- **Derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.
- **Derecho a recibir notificación de infracción.** Usted tiene el derecho a ser notificado si nosotros (o un asociado de negocio) descubrimos una infracción en su información no segura de salud.

Cómo ponerse en contacto con HHS para revisar, corregir o restringir su información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés)

Usted puede ponerse en contacto con su oficina local de HHS o con el Agente de Confidencialidad de HHS en la dirección que se menciona al final de este aviso para:

- Pedir que se le deje ver o fotocopiar sus expedientes
- Solicitar una corrección o modificación de sus expedientes
- Solicitar una lista de las veces que HHS reveló información sobre usted
- Pedir que se cancele una autorización
- Pedir que se le limite la manera en que se usa o revela la información sobre usted

HHS puede rechazar su solicitud de mirar, copiar o modificar sus expedientes. Si HHS rechaza su solicitud, se le enviará una carta en la que se le explicará por qué y cómo puede solicitar una revisión del rechazo. Además, recibirá información sobre cómo presentar una queja en HHS o en el Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles.

Cómo presentar una queja o reportar un problema

Usted puede ponerse en contacto con cualquiera de las personas que se mencionan abajo si desea presentar una queja o reportar un problema con respecto a cómo HHS ha usado o revelado información sobre usted. HHS no puede ejercer represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a aceptar algo que considere ilegal.

Servicios de Salud y Sociales de Lane County, Dudas sobre la política de HIPAA de H&HS

151 W 7th Avenue, Room 520, Eugene, OR 97401

Teléfono: 541-682-8710 Fax: 541-682-3804 Correo electrónico: HSHIPAAConcerns@co.lane.or.us

US Department of Health & Human Services, Medical Privacy, Complaint Division

(Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos de EE.UU. Confidencialidad Médica, División de Quejas)

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, HHH Building, Room 509H

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 866-627-7748 TTY: 886-788-4989 Correo electrónico: www.hhs.gov/ocr

Para mayor información

Si usted tiene cualquier pregunta sobre este aviso o necesita más información, por favor póngase en contacto con la programa:

Servicios de Salud y Sociales de Lane County, Dudas sobre la política de HIPAA de H&HS

151 W 7th Avenue, Room 520, Eugene, OR 97401

Teléfono: 541-682-8710 Fax: 541-682-3804 Correo electrónico: HSHIPAAConcerns@co.lane.or.us

En el futuro, HHS puede modificar su Aviso de Prácticas de Confidencialidad. Cualquier modificación se aplicará a la información que HHS ya posee, así como a cualquier información que HHS reciba en el futuro. Se colocará una copia del nuevo aviso en cada lugar e instalación de HHS y se distribuirá de acuerdo con la ley. Usted puede solicitar una copia de la nota vigente cuando visite una instalación de HHS, o puede obtenerla por Internet en www.lanecounty.org/hhs.