



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Champaign-Urbana Public Health District



La Clínica Dental de Niños del Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana visitará la escuela de su hijo otra vez este año para proporcionar servicios dentales. **Estos servicios cumplen el requisito del estado de Illinois que todos los niños en los grados K, 2<sup>o</sup> & 6 tienen que mostrar pruebas de un examen dental antes del 15 de mayo de 2015.**

Los servicios incluyen un examen dental, limpieza, Fluoruro y sellantes dentales si es necesario. Con consentimiento adicional de los padres, los servicios también pueden incluir simples rellenos. Todos los servicios son proporcionados por dentistas e higienistas dentales profesionales con licencia de Illinois, que siguen estrictas normas universales de Control de infección y mantienen los más altos estándares de cuidado dental.

**Estos servicios están disponibles sin costo para usted!**

**Utilice tinta para completar y firmar el formulario de consentimiento adjunta y regreselo a la escuela de su hijo en los próximos 5 días.**

Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana  
Clínica Dental para Niños  
**217-531-4279**

Clínica dentales para niños  
201 West Kenyon Road  
Champaign

Centro de salud de la escuela urbana  
1002 South Race Street  
Urbana



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA

El estado de Illinois requiere un examen dental para niños en los grados K, 2 y 6.

La Escuela de su hijo ha arreglado para servicios dentales en la escuela, impulsado por Dentistas e higienistas dentales con licencia de Illinois de la Clínica Dental para Niños en el Distrito de Salud Pública Champaign-Urbana y el Departamento de HFS de Illinois.

*Estos servicios dentales se ofrecen sin costo alguno para usted!*

**PARA RECIBIR SERVICIOS, POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTA FORMA, FIRME Y REGRESELO A LA ESCUELA DE SU HIJO.**

**Por favor imprima y utilice tinta – no lápiz.**

**Por favor complete un formulario por separado para cada niño.**

- Sí, deseo que mi niño sea visto para un examen dental, limpieza, fluoruro & los selladores dentales (usted recibirá un informe cuando esto sea completado)
- Sí, deseo que mi niño sea visto para ponerle rellenos simples, si está disponible en la escuela (usted será contactado antes de que esta fecha sea programada)

**Nombre de tu hijo** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **Mujer**  **Hombre**

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **grado:** \_\_\_\_\_ **maestro:** \_\_\_\_\_  
(participio pasado)

¿Esta este niño en cuidado de crianza?  sí  no

Si es así, sólo un examen puede hacerse a menos que usted adjunte un consentimiento y físico actual de DCFS.

**Raza:**  asiático negro o afroamericano  indio americano o Alaska  hawaiano  isleño del Pacífico  blanco  Unknown

**Etnicidad :**  hispano o Latino  no hispanos  prefiero no responder

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

**Nombre de los padres / tutor Legal** \_\_\_\_\_

**domicilio** \_\_\_\_\_ **ciudad** \_\_\_\_\_ **código postal** \_\_\_\_\_

**número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Su hijo califica para almuerzo gratis o reducido?  sí  no

Su hijo está inscrito en el programa de Medicaid de Illinois?  sí  no

incluir el número de ID de miembro de su hijo

número de identificación de 9 dígitos junto al nombre del niño en la tarjeta

Su hijo esta cubierto por otro seguro Dental aparte de Illinois Medicaid?  no  sí, Nombre: \_\_\_\_\_

**TAMBIÉN DEBEN COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA FORMA**

**Por favor revise y marque la condición médica que aplique a su niño:**

<input type="checkbox"/> <b>Ninguna condición médica conocida</b> <input type="checkbox"/> ADD, ADHD, o relacionados con <input type="checkbox"/> SIDA o VIH (positivo) <input type="checkbox"/> Trastornos de Anemia o sangre por favor liste: _____  <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales <input type="checkbox"/> Asma ¿Si, usas un nebulizador o inhalador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>POR FAVOR TRAIGA EL INHALADOR CON CADA VISITA</b> <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Problemas de estómago crónico <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos congénitos (al nacer) <input type="checkbox"/> Dañado o corazón Artificial <input type="checkbox"/> Otro corazón o enfermedades cardiovasculares Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Epilepsia o trastornos convulsivos <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado excesivo o trastornos <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Frecuente urticaria o ronchas en la piel <input type="checkbox"/> personas con dificultades auditivas <input type="checkbox"/> dificultades de visión <input type="checkbox"/> soplo cardíaco Está obligado a pre medicar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cirugía cardíaca o planificación cardiocirugía <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia u otras enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> Alta o baja la presión arterial (favor de circular) <input type="checkbox"/> uso historia de Alcohol, tabaco o drogas <input type="checkbox"/> la enfermedad renal <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado Menstrual <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas Por Favor liste: _____  <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Discapacidades psiquiátricas, Mental o problemas de comportamiento Por Favor liste: _____-  <input type="checkbox"/> Alergias estacionales o fiebre del heno <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis <input type="checkbox"/> Tratamientos de cirugía, quimioterapia o rayos x por crecimientos o tumores o la tuberculosis <input type="checkbox"/> Tabaco o drogas uso: _____ <input type="checkbox"/> las enfermedades venéreas, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otras enfermedades, condiciones o problemas médicos no Listados arriba _____
--	---

Escriba todos los medicamentos, anticonceptivos orales, suplementos y multivitaminas que su niño tomae actualmente:

ninguno \_\_\_\_\_

¿Su hijo es alérgico a alguno de los siguientes?  **NO alergias conocidas**

<input type="checkbox"/> Cefalexina (Keflex) <input type="checkbox"/> clindamicina (Cleocin) <input type="checkbox"/> Eritromicina <input type="checkbox"/> Penicilina / amoxicilina / Augmentin <input type="checkbox"/> Otro antibiótico: _____	<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Otros analgésicos: _____	<input type="checkbox"/> Yodo <input type="checkbox"/> Látex (guantes, etc.) <input type="checkbox"/> Sulfa o sulfito drogas
---	---	--

**"Con lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido correctamente contestadas. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al proveedor dental de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo".**

**Al firmar este formulario, usted da permiso para tratar a su hijo y también verifica que usted ha recibido una copia de sus derechos de privacidad. Esto también le da permiso para HFS y proveedores dentales que regresen a la escuela de su hijo vuelvan a verificar y reemplazar los selladores de su hijo, si es necesario.**

**Firma de padres/tutor legal** \_\_\_\_\_ **fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del Dentista** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Aviso de Prácticas de Privacidad

## Champaign-Urbana Distrito de Salud Pública

201 W. Kenyon Rd. Champaign, IL 61820



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Champaign-Urbana Public Health District  
www.c-uphd.org

**Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente**

Información de salud protegida (PHI), acerca de usted, que se mantiene como un registro escrito y / o electrónico de sus contactos o visitas a los servicios de salud con nuestra práctica. Específicamente, PHI es información sobre usted, incluyendo información demográfica (por ejemplo, nombre, dirección, teléfono, etc.), que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futura condición de salud física o mental y los servicios de salud relacionados.

Se requiere Nuestra práctica de seguir reglas específicas sobre el mantenimiento de la confidencialidad de su información médica, uso de la información, y divulgar o compartir esta información con otros profesionales sanitarios implicados en su cuidado y tratamiento. Este Aviso describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida. También se describe cómo seguimos normas aplicables y usar y divulgar su PHI para proporcionar a su tratamiento, obtener el pago por los servicios que recibe, administrar nuestras operaciones de atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley.

### Sus derechos bajo la Regla de Privacidad

Lo que sigue es una declaración de sus derechos, de conformidad con la Regla de Privacidad, en referencia a su PHI. Por favor, siéntase libre de hablar de cualquier pregunta con nuestro personal.

**Usted tiene el derecho de recibir, y estamos obligados a proporcionarle una copia de este Aviso de prácticas de privacidad** - Tenemos la obligación de seguir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. Si usted lo solicita, nosotros le proporcionaremos un Aviso de Prácticas de Privacidad si llama a nuestra oficina y pida que le envíen una copia revisada por correo o pedir uno a la hora de su próxima cita. El aviso también se publicará en un lugar visible dentro de la práctica, y si tal es mantenido por la práctica, en el sitio Web.

**Usted tiene el derecho de autorizar otro uso y revelación** - Esto significa que usted tiene el derecho de autorizar el uso o divulgación de su PHI que no está especificado en este aviso. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de marketing, para la mayoría de usos o revelaciones de las notas de psicoterapia, o si tenemos la intención de vender su PHI. Usted puede revocar una autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto hasta el punto de que su proveedor de atención médica o nuestra práctica ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

**Usted tiene el derecho de solicitar un medio alternativo de comunicación confidencial** - Esto significa que usted tiene el derecho de pedirnos que en contacto con usted acerca de asuntos médicos utilizando un método alternativo (por ejemplo, correo electrónico, teléfono), y para un destino (es decir, número de teléfono celular, dirección alternativa, etc) designado por usted. Usted nos debe informar por escrito, utilizando un formulario proporcionado por nuestra práctica, cómo desea ser contactado si es distinta de la dirección / número de teléfono que tenemos en archivo. Vamos a seguir todas las solicitudes razonables.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI** - Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico completo. Si se mantiene su registro de salud electrónica, usted también tendrá el derecho de solicitar una copia en formato electrónico. Tenemos el derecho de cobrar un cargo razonable por copias en papel o electrónicas según lo establecido por profesional, estatales o las normas federales.

**Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su PHI** - Esto significa que usted nos puede pedir, por escrito, a no utilizar o revelar cualquier parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Si estamos de acuerdo con la restricción solicitada, vamos a cumplir con él, salvo en circunstancias de emergencia, cuando la información sea necesaria para su tratamiento.

En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de restricción. Usted tendrá el derecho de solicitar, por escrito, que se restrinja la comunicación a su plan de salud con respecto a un tratamiento o servicio específico que usted, o alguien en su nombre, ha pagado en su totalidad, fuera de su propio bolsillo. No se nos permite negar este tipo específico de solicitud de restricción.

**Usted puede tener el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida** - Esto significa que usted puede solicitar una enmienda de su PHI durante el tiempo que mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud.

**Usted tiene el derecho de solicitar una rendición de cuentas de divulgación** - Esto significa que usted puede solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho, de su PHI, a las entidades o personas fuera de nuestra oficina.

**Usted tiene el derecho de solicitar una rendición de cuentas de divulgación** - Esto significa que usted puede solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho, de su PHI, a las entidades o personas fuera de nuestra oficina.

**Usted tiene el derecho de recibir un aviso de violación de privacidad** - Usted tiene el derecho de recibir notificación por escrito si la práctica descubre una violación de su PHI no segura, y determina a través de una evaluación del riesgo de que se requiere la notificación.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad, no dude en ponerse en contacto con nuestro Director de Privacidad. La información de contacto se proporciona en la página siguiente bajo Quejas de privacidad.

### Cómo Podemos usar o Divulgar Información de Salud Protegida

Los siguientes son ejemplos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida que se nos permite hacer. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los posibles tipos de usos y revelaciones.

**Tratamiento** - Podemos utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero que esté involucrado en su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, podríamos divulgar su PHI, según sea necesario, a una farmacia que surtir sus recetas. También divulgaremos su PHI a otros proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en su cuidado y tratamiento.

**Avisos Especiales** - Podemos usar o divulgar su PHI, según resulte necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita. Podemos comunicarnos con usted por teléfono o por otros medios para proporcionar los resultados de los exámenes o pruebas y para proveer información que describe o recomienda alternativas de tratamiento con respecto a su cuidado. También, podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud ofrecidos por nuestra oficina, para las actividades de recaudación de fondos, o con respecto a un plan de salud de grupo, a revelar información al patrocinador del plan de salud. Usted tendrá el derecho de optar por este tipo de avisos especiales, y, en el aviso incluirá instrucciones para excluirse.

**Pago** - se utilizará su PHI, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de salud. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar por los servicios de atención médica que recomendamos para usted, tales como, hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de seguro.

**Operaciones de Atención Médica** - Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI a fin de apoyar las actividades comerciales de nuestra práctica. Esto incluye, pero no está limitado a la planificación empresarial y el desarrollo, la evaluación de la calidad y mejora, revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría y de las actividades de seguridad del paciente.

**Organización de Información de Salud** - La práctica puede optar por utilizar una organización de la información de salud, o cualquier otra organización para facilitar el intercambio electrónico de información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

**Para Otras Personas Involucradas en Su Atención Médica** - A menos que usted se oponga, podemos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona, que identifique, su información médica que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar tal revelación, podemos divulgar información como necessary si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, de su condición general o muerte. Si usted no está presente o no puede aceptar u oponerse al uso o divulgación de la PHI, a continuación, su proveedor de atención médica puede, utilizando su criterio profesional, determinar si la divulgación es en su mejor interés. En este caso, sólo la PHI que es necesario será compartida.

**Otros Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones** - También nos permite usar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes fines: como lo requiere la ley, para actividades de salud pública, las actividades de supervisión de la salud, y en casos de abuso o negligencia; para cumplir con los requisitos de Food and Drug Administration, con fines de investigación; procedimientos legales; fines policiales; médicos forenses, directores de funerarias; donación de órganos; actividad criminal; actividad militar; seguridad nacional; compensación al trabajador, cuando un recluso en un centro penitenciario, y si lo solicita el Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad.

### Quejas de Privacidad

Usted tiene el derecho de quejarse con nosotros, o directamente a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando al Administrador de Privacidad en: 217-352-7961

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja

We will not retaliate against you for filing a complaint.

HHS Oficina para los Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, Illinois 60601 EE.UU.

Teléfono: 312-886-2359  
TDD: 312-353-5693  
Fax: 312-886-1807  
Email: OCRComplaints@hhs.gov

Fecha de Efectividad 2/1/2014