



Programa Móvil Dental y Médico

Servicios Basados en la Escuela
"Los niños sanos aprenden mejor"

Estimados Padres/Tutores:

Nuestro programa basado en la escuela aumenta el acceso a la atención para los estudiantes y las familias que requieren atención dental y/o médica primaria. A medida que su hijo crece y crece, sus necesidades médicas y dentales cambian. Recomendamos revisiones periódicas, ya que esto puede prevenir enfermedades o dolencias que no habrían sido diagnosticadas. Los cuerpos en crecimiento de los niños necesitan un monitoreo constante. El programa Dental y Médico es una asociación entre el distrito escolar de su hijo y el programa Dental y Médico Sonrisas Saludables del Centro de Salud Comunitario de Hampton Roads. Si inscribe a su hijo en este programa, será **atendido en la escuela de su hijo durante el horario escolar regular** por un dentista y/o higienista con licencia para el cuidado dental para promover la salud de los dientes y las encías. La atención médica será proporcionada por un médico con licencia y/o una enfermera practicante de familia para administrar las vacunas y los exámenes físicos requeridos por la escuela.

Servicios dentales: Puede incluir un examen dental, radiografías, limpieza, tratamiento con flúor, selladores y, si es necesario, referencias para recetas y emergencias dentales. Los empastes pueden estar disponibles después de revisar un plan de tratamiento con el padre/tutor. También proporcionamos a cada niño una bolsa de regalos con suministros para cepillarse los dientes e información educativa sobre la salud bucal.

Servicios médicos: pueden incluir exámenes de bienestar, signos vitales, pruebas de la vista, pruebas de audición, vacunas y exámenes físicos escolares y deportivos. Cada niño también recibirá una bolsa de regalos e información educativa sobre temas de salud para la temporada.

Clínica móvil dental y médica: Una nueva clínica móvil de atención médica está equipada con equipos médicos y dentales progresivos, incluidas mesas y sillas de examen, y sigue todas las regulaciones con respecto a los procedimientos apropiados de esterilización, seguridad y salud. Cada vez que su hijo es visto por el personal dental o médico de la escuela, se envía una nota a casa que detalla la visita. Recibirá información sobre el estado de salud bucal o médica de su hijo y una lista de los servicios prestados durante una o ambas visitas.

Costo: ¡Sin costo para usted!! Usted no es responsable del pago de ningún servicio si su hijo está inscrito en una escuela participante. Sus hijos son bienvenidos a ser tratados en nuestras ubicaciones fijas si es necesario. El programa Sonrisas para Niños de Medicaid y los programas FAMIS cubren los servicios dentales y médicos en el entorno escolar. Por lo tanto, si su hijo tiene Medicaid o un seguro médico o dental privado, le facturaremos a la compañía de seguros y seguiremos los requisitos de facturación asociados con su plan. Sin embargo, si no tiene Medicaid o seguro privado, su hijo aún puede recibir atención médica o dental "gratuita" según nuestro acuerdo con el distrito escolar de su hijo.

Inscripción: Complete el formulario de inscripción adjunto y devuélvalo a la enfermera de la escuela. Si tiene alguna pregunta sobre el programa dental o médico, comuníquese con el **Coordinador del Programa al 757-553-7538** o deje un mensaje al **757-397-0042 extensión 550**.

¡Esperamos trabajar con su hijo y la familia este año escolar!

"Somos el puente hacia el cuidado de la salud."

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2015

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la información personal que recopilamos, cómo y cuándo podemos usar o divulgar esta información. También describe sus derechos y nuestras responsabilidades relacionadas con su información médica protegida.

¿Cómo usará HRCHC su información médica protegida?

1. Usaremos su información de salud para el tratamiento. La información obtenida por el personal se registrará en su expediente médico y se utilizará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Esta información puede ser divulgada a otros proveedores de atención médica involucrados en el cuidado de sus necesidades de salud.
2. Utilizaremos su información de salud para el pago. Es posible que se le envíe una factura a usted o a su compañía de seguros. La información en la factura o con ella puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados durante su visita.
3. Usaremos su información de salud para operaciones de salud regulares. Los miembros del equipo de mejora de la calidad pueden usar la información de su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y en otros similares. Esta información se puede utilizar a medida que nos esforzamos por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica que brindamos.

Otras formas en que podemos usar su información de salud:

1. Hay algunos servicios que se prestan en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Es posible que les divulguemos su información de ellos, es decir, laboratorio.
2. A menos que nos notifique que se opone, podemos usar su nombre para fines de directorio.
3. Podemos divulgar información para notificar a un miembro de la familia, un representante personal u otra persona responsable del cuidado de su ubicación y condición general.
4. Podemos divulgar su información con fines de investigación cuando los investigadores hayan establecido protocolos para garantizar su privacidad.
5. Podemos divulgar información a organizaciones de obtención de órganos con el fin de donar o trasplantar tejidos o a funerarias.
6. Es posible que nos comuniquemos con usted para brindarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento para usted.
7. Es posible que nos pongamos en contacto con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos.
8. Podemos utilizar su información para permitir retiros, reparaciones o reemplazos de productos.
9. Podemos utilizar su información para cumplir con leyes como la compensación de trabajadores o programas similares.
10. Podemos divulgar su información a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
11. Podemos divulgar su información a institutos correccionales o a las fuerzas del orden.
12. Podemos divulgar información según lo requieran las autoridades del comando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos, según corresponda.
13. Podemos divulgar información médica sobre usted necesaria para prevenir amenazas graves a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otra persona. La divulgación sería para alguien capaz de prevenir esa amenaza.
14. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.

15. Si está involucrado en demandas y disputas, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

Sus derechos sobre la información de salud:

- Obtenga una copia de este aviso.
- Inspeccione y copie sus registros de salud.
- Enmiende su expediente médico.
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud.
- Solicitar la comunicación de su información de salud por medios alternativos.
- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de la información,
- Revocar su autorización para usar o divulgar su información de salud.
- Comunicación confidencial sobre cuándo y dónde discutimos su información médica.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones si no es factible para nosotros garantizar nuestro cumplimiento o creemos que afectará negativamente la atención que le brindamos. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, enmienda o comunicación confidencial, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. En su solicitud, debe indicar qué información desea limitar y a quién se aplican los límites.

HRCHC está obligado a:

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle este aviso que describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.
- Cumplir con este acuerdo.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.
- Atender las solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos.

Otros usos de la información de salud:

Otros usos y divulgaciones de la información de salud que no estén cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca sus permisos, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos. HRCHC se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer que la nueva disposición entre en vigencia para toda la información médica protegida que mantenemos. En caso de que nuestras prácticas de privacidad cambien, le proporcionaremos una copia del aviso revisado. No divulgaremos ni usaremos su información de salud sin su autorización (excepto como se describe en este aviso). También dejaremos de usar o divulgar su información de salud después de recibir su solicitud por escrito.

Para obtener más información o para informar un problema, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HRCHC al 757-397-0042 x 354. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue, NE, Room 509 F, HHH Building, Washington D. C., 20201. No habrá represalias por presentar una queja ante el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles. Si desea una descripción detallada de cada uno de los elementos cubiertos, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad por escrito y se le proporcionará una copia.

Acuse de recibo de este aviso

Le pediremos que firme un formulario o aviso por separado reconociendo que ha recibido una copia de este aviso. Si elige o no puede firmar, un miembro del personal firmará con su nombre y fecha. Esto se archivará con sus registros.

Programa Médico y Odontológico

Mi hijo es estudiante de _____ Escuela

Nombre del estudiante _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Dirección de domicilio _____
Calle, Ciudad, Estado/Código Postal _____
Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
Seguro Social # _____ Masculino Femenino
¿Raza _____ Hispano/latino? Sí No
Grado _____

Nombre del padre/tutor legal _____
Relación con el estudiante _____
Dirección (si es diferente a la del estudiante) _____
Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
Dirección de correo electrónico: _____
Información de contacto adicional:
Nombre _____ teléfono _____
Relación con el estudiante _____

POR FAVOR, SELECCIONE TODOS LOS SERVICIOS NECESARIOS PARA SU ESTUDIANTE

- Odontología Anual Física Deportiva Física Vacunas/Inmunizaciones

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO _____ FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA _____

Complete la siguiente información del aseguranza medica y dental:

MÉDICO
Nombre de la compañía de seguros _____
Póliza/Asistencia Médica # _____ Grupo # _____
Dirección de facturación del seguro _____
Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____
Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

DENTAL
Nombre de la compañía de seguros _____
Póliza/Asistencia Médica # _____ Grupo # _____
Dirección de facturación del seguro _____
Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

Entiendo que mi firma da su consentimiento para que los proveedores escolares de HRCHC brinden servicios dentales preventivos, exámenes físicos de rutina y vacunas para mi hijo y se comuniquen con la enfermera de la escuela para facilitar la atención. Si se necesita un trabajo más extenso, el programa se comunicará con los padres antes de realizar el tratamiento.

Entiendo que mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Doy permiso a HRCHC para llamar a mi casa, dejar un mensaje en una máquina o con una persona con respecto a la información de atención médica. HRCHC también puede enviar por correo información de atención médica/dental a mi hogar. Entiendo que la información de mi hijo se utilizará para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Reconozco que los directorios escolares se pueden usar para obtener información que se deja en blanco en el formulario de inscripción. Entiendo que los servicios prestados a mi hijo, si están asegurados, se facturarán a mi compañía de seguros o a la asistencia médica, pero nunca serán un costo para mí.

***Por la** presente doy mi consentimiento al Centro de Salud Comunitario de Hampton Roads para fotografiar, grabar en video y luego usar, reproducir y publicar dichas imágenes mías y / o de mis hijos con la intención de promover hábitos o actividades dentales saludables.*

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____



Año escolar: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Haga una lista de todos los medicamentos que su hijo toma diariamente o regularmente:
 Medicamento: _____ mg: _____
 Instrucciones: _____

Alergias:
 Medicación No Sí
 Nombre del medicamento(s) _____
 Reacción a la(s) medicación(es) _____
 Alergia alimentaria No Sí
 Fuente de alergia _____
 ¿Su hijo tiene una orden médica para un EpiPen? No Sí

¿SU ESTUDIANTE TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?	MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA	INFORMACIÓN ADICIONAL PARA AYUDARNOS A ATENDER MEJOR LAS NECESIDADES DE SU HIJO
Asma o afecciones respiratorias	Sí No	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Sí No	
Afecciones hemorrágicas	Sí No	
Cáncer	Sí No	
Depresión u otras afecciones psicológicas	Sí No	
Condiciones del desarrollo	Sí No	
Diabetes: Tipo 1 o Tipo 2	Sí No	
Consumo de drogas, alcohol o tabaco por parte del estudiante/hogar	Sí No	
Afecciones auditivas o visuales	Sí No	
Afecciones cardíacas <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Requiere Antibióticos	Sí No	
Presión arterial alta	Sí No	
HIV/AIDS	Sí No	
Reemplazo de articulaciones	Sí No	
Saturnismo	Sí No	
Problemas hepáticos (hepatitis)	Sí No	
Trastorno convulsivo (epilepsia)	Sí No	
Tuberculosis	Sí No	
Cualquier otro problema de salud:	Sí No	
	<i>Reseña escrita por</i> _____	

ESTADO DE VACUNACIÓN: _____