
ESCUELA/ PROGRAMA

GRADO

MAESTRO/A



Cada paciente de la Tooth Truck recibe una
examinación dental y todo el tratamiento posible para
tener una sonrisa sin caries, SIN COSTO a la familia
del paciente.

The Tooth Truck, Inc, d/b/a Ronald McDonald Care Mobile® of the Ozarks

FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Padres/Tutores: Por favor, conteste de la forma más completa que pueda por cada hijo(a) que quiera consultar con la Tooth Truck por servicios dentales en su escuela. Si usted no puede llenar esta forma por si mismo o si usted tiene preguntas, por favor contacte la enfermera de la escuela.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (por favor escriba legible)

Nombre de su hijo(a): _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Hombre
		<input type="checkbox"/> Mujer
Nombre del Padre/Tutor _____	Relacion al Paciente: _____	
# de Telefono: _____	2do # de Telefono: _____	Email: _____
Nombre y Relación del Contacto de Emergencia: _____	# de Telefono: _____	
# de Seguro Social del Paciente (si es sabido): _____	# de Medicaid/MC+ (si es sabido): _____	
Su hijo(a) tiene seguro por medio del estado (Medicaid/ MoHealthNet/ Managed Care)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Su hijo(a) tiene seguro dental privado por medio del trabajo de su padre/tutor?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Su hijo(a) cálficia para comidas en la escuela gratis o por un descuento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DENTAL

Tiene su hijo(a) algún dolor o preocupación dental?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Especifique si SI: _____		

Su hijo(a) ha ido al dentista entre los ultimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si SI, la fecha aproximada: _____	Nombre del Dentista: _____	

Continua en la siguiente pagina -->

ATENCION: Si habla espanol, tiene a su disposicion servicios gratuitos de asistencia linguistica. Llame al 417-891-1238

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch Sprechen, Stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfugung. Rufnummer: 417-891-1238

INFORMACIÓN MEDICA

Su hijo(a) tiene una condición medica que puede afectar o complicar el tratamiento dental? Eso puede incluir **DEL CORAZÓN, RESPIRACIÓN, SANGRAMIENTO, CONVULSIONES, PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO, ALERGIAS, ENFERMEDADES COMUNICABLES, Y/O TRASTORNOS INMUNES.**

[] Si [] No

Especifique, si SI: _____

Alguien le ha dicho que su hijo(a) requiere un antibiotico antes de recibir un tratamiento dental? [] Si [] No

Por favor, especifique cualquier otra condición medica o del compartamiento de su hijo(a) que nosotros debemos saber para poder proporcionar el mejor servicio dental a su hijo(a):

PERMISO Y ACUERDO DENTAL DEL PADRE/TUTOR

Yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba el tratamiento dental que los proveedores de The Tooth Truck, Inc. consideran necesario. Estos procedimientos incluyen, pero no se limitan a; exámenes dentales, radiografias (rayos X), limpiezas, aplicación de flúro topical, selladores protectores de dientes sanos, restauraciones de dientes descompuestos o rotos (rellenos compuestos blancos y coronas de plata), extracción de dientes de leche (debido a caries, absceso o erupción del diente permanente), espaciadores de plata, tratamiento de conducto radicular de dientes permanentes severamente decaídos, y el uso de anestésicos locales (entumecimiento localizado de una sección de la boca). Yo entiendo que todo el tratamiento dental con entumecimiento lleva un riesgo pequeño de hinchazón, hematomas, reacción alérgica, cambios en la percepción del dolor o anesthesia prolongada. Este acuerdo va a estar en afecto por una año de la fecha de firma.

Si mi hijo(a) tiene seguro dental por medio del estado (Medicaid, MOHealthNet, o Managed Care), doy mi consentimiento y autorizo a The Tooth Truck, Inc. para achivar y recibir el reembolso de Missouri Medicaid/MC+/Managed Care para los servicios dentales recibidos.

Nombre del niño(a): _____ Escuela/Programa del niño(a): _____

Procedimiento(s) que el Padre/Tutor NO DA su consentimiento: _____

Usted actualmente es el tutor legal de este niño(a) [] Si [] No

Usted puede firmar por tratamiento medico de este niño(a)? [] Si [] No

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

PERMISO Y LIBERACIÓN DE FOTOS

He leído el permiso y liberación de fotos en la pagina 3 de esta solicitud y he indicado mi preferencia abajo.

Pueden tomar fotos de mi hijo(a) [] Si [] No

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS

He leído y entiendo la liberación de información medica que esta en las paginas 3-4 de esta solicitud. Mi firma indica mi permiso para liberar información medica como esta especificado.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date Signed: _____

PERMISO Y LIBERACIÓN DE FOTOS

En consideración buena y valiosa, el recibo y suficiencia de cual aquí está conocido, y para y por parte de y en el nombre del/los niño(s), doy permiso a Ronald McDonald House Charities of the Ozarks, Inc., y The Tooth Truck, Inc. para el uso sin restricciones de los nombres, direcciones, y declaraciones, y todas las grabaciones de video y audio (incluyendo pero no limitado a, fotografías, cassetes de video, películas, grabaciones de voz o otras representaciones de nuestra familia) tomados de nuestra familia y cualquier reproducción en cualquier forma, estilo, o color, junto con alguna escritura y/o materiales en conexión (incluyendo, sin limitaciones, cualquier comunicación de nuestra familia a Ronald McDonald House Charities of the Ozarks, Inc, The Tooth Truck, Inc. o McDonald's Corporation o alguien afiliado con estas organizaciones) con el proposito de publicar el Ronald McDonald Care Mobile of the Ozarks.

Para y por parte de y en el nombre de la familia, yo libero Ronald McDonald House Charities of the Ozarks, Inc., The Tooth Truck, Inc. y McDonald's Corporation y sus respectivas afiliaciones, licencias, oficiales, directores, administradores, empleados, voluntarios, agentes, y otras partes en interés, de cualquier y todas demandas presentes o futuras, daños, o causas de acción para difamación, levantar falsos, invasión de privacidad o cualquier otra demanda que la familia pueda encontrar, resultado de, o en conexión con, dicho uso.

Yo aquí represento que he leído y entiendo este permiso y liberación está dado de mi voluntad y sin limitaciones, o responsabilidad por, para su uso en conexión con la publicación de The Tooth Truck (Ronald McDonald Care Mobile of the Ozarks).

Linea de Firma está en la pagina 2

NOTICIAS DE PRACTICAS PRIVADAS

ESTA NOTICIA DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN DE SU SALUD PUEDE SER USADO Y DIVULGADO Y COMO USTED PUEDE ACCESAR ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISELO CON CUIDADO. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

Somos requeridos por ley federal y del estado mantener la privacidad de la información de su salud. También es requerido que le damos a Usted esta Noticia acerca de nuestras practicas privadas, nuestros deberes legales y sus derechos sobre su información de salud. Tenemos que obedecer las practicas privadas que están descrito en esta Noticia mientras sea en efecto. Esta Noticia toma efecto el 1 de septiembre, 2013 y permanecer en efecto hasta cuando la substituiremos por otra.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas privadas y la ley aplicable permite los terminos de esta Noticia en cualquier momento proporcionados estos cambios. Reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras practicas privadas y los nuevos terminos de nuestra Noticia efectivo para todo la información de salud que mantenemos, incluyendo la información de salud que nosotros creamos o que nos recibí antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras practicas privadas harémos cambios a esta Noticia y estará disponible a pedido.

Usted puede pedir una copia de esta Noticia en cualquier momento. Por más información sobre nuestras practicas privadas o por copias de esta Noticia, por favor contactenos de la lista de información que se encuentra en el fin de esta Noticia.

USO Y ACCESOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros usamos y divulgamos su información de salud para el tratamiento, pago y operaciones de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud a un médico o otro proveedor médico que le este proporcionado tratamiento.

Pago: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para obtener el pago por servicios que le damos.

Operaciones de Tratamiento de Salud: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud en conexión con nuestras operaciones del tratamiento de salud. Las operaciones del tratamiento de salud incluyen la valoración de calidad y actividades de mejoramiento, revisando la competencia o calificaciones de profesionales del tratamiento de salud, evaluando el funcionamiento del médico y proveedor, conduciendo programas de entrenamiento, o actividades de acreditación, certificación, licencias o credenciales. Estamos obligados a notificarle en caso de alguna violación a la información de salud protegida no segura.

Su Autorización: En adición del uso de su información de salud para ofrecer tratamiento, pago, o operaciones del tratamiento de salud, usted nos puede dar una autorización escrita para usar su información de salud o para divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da la autorización escrita, usted la puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará algún uso o acceso que estaba permitido por su autorización cuando estaba en efecto. A menos que nos da una autorización escrita, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ninguna razón excepto por lo que está descrito en esta Noticia. Usted tiene derecho a una copia electrónica de su record. Puede pedir una copia en cualquier momento. Si usted hace un pago completo de su propia bolsa por los servicios, ahora tiene el derecho de pedir que no divulguemos su información de salud de estos servicios a un plan médico.

Para su Familia y Amigos: Nosotros le tenemos que divulgar a usted su información de salud como descrito en la sección de esta Noticia Derechos del Paciente. Nosotros podemos divulgar su información de salud a un miembro de su familia, amigo, o otra persona cuando sea necesario para ayudarle con su tratamiento de salud o con un pago de su tratamiento de salud, pero solamente si Usted está de acuerdo de que lo podemos hacer.

Personas Involucradas en su Tratamiento: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar en la notificación de (incluyendo identificando o localizando) un miembro de su familia, su representante personal o otra persona responsable por su tratamiento, su localización, su condición general, o su muerte. Si usted está presente, entonces antes de usar o divulgar su información de salud, nosotros le presentaremos la oportunidad de rechazar esos usos o accesos. En el evento de su incapacidad o una circunstancia de emergencia, nosotros divulgaremos la información de salud basado en la determinación de usando nuestro juicio profesional divulgando solamente la información de salud que esta directamente relevante a la involucración de la persona en su tratamiento de salud. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con prácticas comunes para tomar inferencias razonables de su mejor interés en permitiendo que una persona recoja recetas sutidas, materiales médicos, radiografías, o otras formas similares de información de salud.

Comercializando Servicios Relacionados con La Salud: Nosotros no usaremos su información de salud para comunicaciones de comercialización sin su autorización escrita. Podemos usar su información de salud para oportunidades de recaudación de fondos pero Usted tiene el derecho de optar por no por escrito.

Requerido por Ley: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud cuando está requerido por ley.

Abuso o Negligencia: Nosotros podemos divulgar su información de salud a autoridades apropiados si creemos razonable que usted puede ser la víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Nosotros podemos divulgar su información de salud al grado necesario para evitar una amenaza seria de su salud o seguridad, o la salud y seguridad de los demás.

(una copia de este aviso está también disponible en www.toothtruck.org)

Linea de Firma está en la pagina 2