

CARTA DE CAPTACIÓN y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES

Public School #
Address
Principal/Assistant Principal

[Date]

Estimado padre o tutor de [Insert Name]:

Tengo el agrado de anunciar que somos una de las 16 escuelas de la Ciudad de Nueva York que están comenzando un nuevo programa gratuito de prevención de caries dental con la Facultad de Odontología de la Universidad de Nueva York (NYU College of Dentistry). El programa ofrecerá anualmente atención odontológica en la escuela para prevenir caries y dolores dentales. Los dentistas, higienistas dentales o enfermeros con licencia atenderán a los estudiantes que participen.

Este programa, realizado con fondos del instituto Patient Centered Outcomes Research Institute, es parte de un estudio de NYU College of Dentistry que tiene como objetivo determinar la relación entre la salud dental y el desempeño de los estudiantes.

Como parte del programa, los expedientes odontológicos, los registros de asistencia a la escuela y los puntajes en los exámenes estandarizados del Estado de Nueva York de su hijo(a) serán facilitados a NYU College of Dentistry y se utilizarán para evaluar la eficacia del programa durante el tiempo que él (ella) reciba atención dental preventiva por medio de este programa. Prevedemos ofrecer el programa por hasta cinco años. Su hijo(a) no será identificado(a) por su nombre en ningún análisis de la investigación que pueda llegar a publicarse.

La participación es gratuita y voluntaria. No es necesario contar con seguro médico. Sin embargo, si su hijo(a) tiene Medicaid u otro seguro dental, se le facturará el tratamiento a la aseguradora. Se utilizará el número de identificación de facturación de Medicaid de su hijo(a) para asociar los datos de salud bucal recogidos en los programas escolares de prevención de caries de la Ciudad de Nueva York con los datos de reclamación de Medicaid.

Si autoriza la participación en el programa, su hijo(a) recibirá el cuidado preventivo de caries que se describe a continuación, que puede ser igual al que se proporcionaría en un consultorio odontológico y cumple con las recomendaciones para la prevención de caries de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

El programa ofrece:

1. Indicaciones sobre el cepillado de los dientes.
2. Un examen dental para revisar los dientes, las encías y la boca.
3. Prevención básica de caries en los dientes posteriores con fluoruro diamino de plata y en todos los dientes con barniz de fluoruro.
4. Un cepillo y pasta de dientes.
5. Un informe para la enfermería escolar y usted sobre el tratamiento de su hijo(a).
6. Derivación a un dentista para recibir más atención y asesoramiento para encontrar un profesional en su vecindario, de ser necesario.
7. El programa le dará seguimiento a su hijo(a) a lo largo del tiempo (por hasta cinco años) para controlar que su salud bucal esté mejorando.
8. Si necesita un dentista, puede encontrar uno cercano aquí:

<https://www1.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/oral-health-find-a-low-cost-dental-provider.page>

No existen riesgos para la salud asociados con la prevención de caries. Tenga en cuenta que si su hijo(a) participa en el programa, la aplicación de fluoruro diamino de plata a puede llegar a decolorar las caries a un color marrón o negro. Este cambio de color significa que la caries ha dejado de crecer. De haber un contacto accidental, puede causar una mancha temporal marrón claro en los labios y las mejillas o una mancha permanente en la ropa. Para eliminar las manchas de la piel, aplique agua y jabón de inmediato. No utilice métodos desmesurados en un intento de eliminar manchas difíciles de la piel, ya que las mismas eventualmente se desvanecerán. Utilice el mismo procedimiento para limpiar la ropa.

Si autoriza la participación de su hijo(a) en el programa, por favor complete, firme y devuelva el formulario adjunto. Usted puede participar o renunciar al programa en cualquier momento. Si la tutela de su hijo(a) cambia durante este tiempo, deberá firmar un nuevo consentimiento informado.

Ante cualquier inquietud con respecto a este programa, puede comunicarse con: Dr. Richard Niederman, Departamento de Epidemiología y Promoción de la Salud, New York University College of Dentistry, 433 First Ave, salón 720, Nueva York, NY. Correo electrónico: rniederman@nyu.edu. Teléfono: 212-998-9719. Asimismo, puede comunicarse con la Junta de Revisión Institucional de New York University, 665 Broadway, suite 804, Nueva York, NY 10012. Correo electrónico: ask.humansubjects@nyu.edu. Teléfono: 212-998-4808.

Saludos cordiales,

[Insert Name], director(a)

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Does your child have Medicaid? No Yes: Medicaid ID #: _____

Does your child have Child Health Plus? No Yes: CHP #: _____

Which Plan? Fidelis Health Plus Amerigroup MetroPlus United Healthcare Empire BlueCross BlueShield
 Affinity Healthfirst HIP WellCare MVP Other: _____

Does your child have coverage through an employer based plan or other type of health insurance? No Yes, Health Plan: _____

Member ID or Social Security Number: _____

Name of Insured Adult: _____

Health Insurance Phone Number: _____ - _____ - _____

Birth Date of Insured Adult: _____ / _____ / _____

Month Day Year

Su hijo(a) recibirá los servicios de forma gratuita con independencia que tenga o no seguro médico.

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DE LA CLÍNICA DE SALUD EN LA ESCUELA

He leído y comprendo la carta de captación adjunta y autorizo a mi hijo(a) a recibir servicios de salud dental y a participar en el programa de investigación y atención preventiva de NYU College of Dentistry. Mi firma autoriza a que mi hijo(a) reciba los servicios ofrecidos por el OHCP durante los cinco años de este programa. Asimismo, doy mi consentimiento para que se divulguen los expedientes odontológicos, los registros de asistencia a la escuela y los puntajes en los exámenes estandarizados del Estado de Nueva York de mi hijo(a) para su uso en este programa de investigación. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito al OHCP. Entiendo que debo informar al proveedor de servicios de cualquier cambio en la salud de mi hijo(a).

Firma del padre o tutor [o del (de la) estudiante si es mayor de 18 años]

Fecha: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE TRANSFERIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL

He leído y comprendo la divulgación de información médica en la página 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se entregue información sanitaria tal como se especifica.

Firma del padre o tutor [o del (de la) estudiante si es mayor de 18 años]

Fecha: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

CONSETIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DE LA CLÍNICA DE SALUD BUCAL EN LAS

Autorizo a que mi hijo(a) reciba servicios de salud bucal a cargo de profesionales médicos autorizados por el Estado del OHCP como parte del programa escolar de salud dental aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York durante el tiempo en que esté matriculado en la escuela. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito al OHCP. Comprendo que, de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el (la) estudiante y la clínica que proporciona los servicios de salud bucal quedará asegurada en las áreas específicas y que se aconsejará a los alumnos que cuenten con sus padres o tutores en las decisiones y el asesoramiento del cuidado dental. Los servicios de la clínica de salud bucal de la escuela pueden incluir, entre otros, servicios de salud bucal preventiva, servicios de restauración y procedimientos de emergencia. Los servicios de salud bucal preventivos incluyen, entre otros, revisiones dentales, empastes temporales, tratamientos de higiene dental, selladores y tratamientos con flúor. Esto también puede incluir la aplicación de fluoruro diamino de plata en los dientes posteriores. El fluoruro diamino de plata puede llegar a decolorar las caries a un color marrón o negro. El contacto accidental puede causar una mancha temporal marrón claro en los labios y las mejillas o una mancha permanente en la ropa. Para eliminar las manchas de la piel, aplique agua y jabón de inmediato. No utilice métodos desmesurados en un intento de eliminar manchas difíciles de la piel, ya que las mismas eventualmente se desvanecerán. Utilice el mismo procedimiento para limpiar la ropa.

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA PARA LA PARA LA DIVULGACIÓN DE

Mi firma en este formulario autoriza la divulgación de información médica. Las leyes federales y estatales de privacidad podrían impedir la comunicación de esta información.

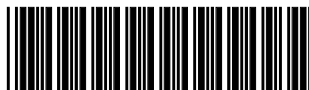
Al firmar este documento, autorizo a que se entregue información médica a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), la cual puede incluir a la enfermería escolar, ya sea porque lo requiera la ley, una Disposición del Canciller, porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del (de la) estudiante o para procesar un reclamo con la aseguradora de mi hijo(a). Si lo solicito, la entidad o persona que entregue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como, por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el (la) estudiante sea excluido(a) de la escuela. Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Entiendo que no tengo la obligación de permitir que se entregue la información sobre la salud de mi hijo(a) y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al OHCP. Sin embargo, después de que la información haya sido entregada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación. Autorizo al OHCP a entregar a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York) información específica sobre la salud del (de la) estudiante nombrado(a) al dorso de esta página. **Autorizo que el OHCP le entregue la información médica descrita a más abajo al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, y viceversa, a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y para garantizar que la escuela cuente con la información necesaria para proteger la salud y la seguridad de mi hijo(a). Comprendo que esta información permanecerá confidencial de conformidad con la ley federal y estatal y las Disposiciones del Canciller sobre confidencialidad:**

- Enfermedades que puedan necesitar tratamiento de emergencia.
- Diagnóstico de ciertas enfermedades infecciosas (sin incluir la infección por VIH/enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por la ley).
- Enfermedades que limitan la actividad diaria del (de la) estudiante (Formulario 103S).
- Cobertura del seguro médico.

Mi firma en la página 2 de este formulario también autoriza al OHCP a ponerse en contacto con otros proveedores médicos que hayan examinado a mi hijo(a) y a obtener información sobre el seguro médico.

La divulgación de información se autoriza desde la fecha en que se firma el formulario hasta que el (la) estudiante ya no se encuentre inscrito(a) en el Programa de la Clínica de Salud Bucal de la escuela o hasta que el mismo sea revocado, lo que ocurra primero.

Los derechos del paciente y la política de privacidad serán proporcionados por el OHCP, de acuerdo con la ley.



9 9 9 9 9 9 9

