

Programa de la Clínica de Salud Bucal del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

Formulario de Autorización de los padres

SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC*

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101

Teléfono: (855) 469-7473 Fax: (888) 330-4331

SERVICIOS DE LA CLÍNICA DE SALUD BUCAL EN LA ESCUELA

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de salud bucal a cargo de Smile New York Outreach, LLC y sus profesionales médicos autorizados por el estado, como parte del programa escolar de salud bucal 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 a Smile New York Outreach, LLC. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de la clínica de 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 bucal. 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, tratamientos de higiene dental, radiografías, sellados y tratamientos con flúor. Esto también puede incluir la aplicación de flúor diamino de plata en la parte de atrás de los dientes para detener el avance de las caries (el flúor diamino de plata puede causar la decoloración de las caries y dar como resultado un color marrón o negro). Para cualquier servicio que no sean las revisiones dentales completas y los servicios de salud dental preventivos, Smile New York Outreach, LLC debe notificar al padre o tutor los tratamientos que deben realizarse, incluyendo, entre otros, los empastes, las extracciones y el uso de anestésicos u otra medicación. Si el padre o tutor no otorga su autorización, estos servicios no podrán realizarse.

**NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION'S
HOJA DE DATOS DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK SOBRE LA
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE ENTREGUE INFORMACIÓN DE SALUD BUCAL
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA HIPAA PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN
DE SALUD BUCAL**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la entrega de información de salud bucal. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la comunicación de esta información.

Al firmar este documento autorizo a que se entregue información de salud bucal a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), así como al personal de enfermería y a los administradores escolares, ya sea porque lo requiera la ley o una disposición del canciller, o porque sea necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que entregue esta información de salud bucal debe proporcionarme una copia de este formulario. La ley exige que los padres proporcionen determinada información a la escuela, como pruebas de vacunación. Si no se proporciona esta información se podría expulsar al estudiante de la escuela.

Se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se entregue la información de la salud bucal de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito a la clínica de salud bucal en la escuela. No obstante, después de que se haya entregado información, no se puede revocar la autorización con efectos retroactivos que cubran la información entregada con anterioridad a su entrega.

Autorizo a la clínica de salud bucal en la escuela Smile New York Outreach, LLC a entregar información específica de salud bucal del estudiante mencionado en el dorso de la página a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Autorizo la entrega de la información de salud bucal expuesta a continuación a la clínica de salud bucal en la escuela al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York a la clínica de salud bucal en la escuela, a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de conformidad con la ley federal y estatal y las disposiciones del canciller sobre confidencialidad:

Información para proteger la salud y la seguridad:

- Enfermedades que puedan necesitar tratamiento de emergencia
- Enfermedades que limitan la actividad diaria del estudiante (Formulario 103S)
- Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales amparados por la ley)
- Cobertura del seguro médico

Mi firma en la página 1 de este formulario también autoriza a Smile New York Outreach, LLC a ponerse en contacto con otros proveedores médicos que hayan examinado a mi hijo y a obtener información de seguro médico.

Período durante el cual se autoriza la entrega de la información:

De: Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

Para: Fecha en la cual el estudiante ya no está inscrito en la clínica de salud bucal en la escuela

*OHCP = Proveedor de la Clínica de Salud Bucal (Oral Health Clinic Provider)

Declaración de derechos del paciente

Como paciente de Smile New York Outreach, tiene derecho a lo siguiente:

1. Entender y ejercer estos derechos. Si por cualquier motivo no los entiende o necesita ayuda, el centro debe proporcionarle asistencia, lo que incluye proporcionarle un intérprete.
2. Recibir servicios sin distinción de edad, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, nacionalidad o fuente de pago.
3. Que se le trate con consideración, respeto y dignidad, incluyendo la privacidad durante el tratamiento.
4. Que se le informe de los servicios disponibles en el centro.
5. Que se le informe de las disposiciones sobre la cobertura de las emergencias dentales fuera de las horas de consulta.
6. Que se le informe de los cargos por los servicios, los requisitos para el reembolso por un tercero y, si corresponde, la disponibilidad de servicios gratuitos o a un costo reducido.
7. Recibir una copia desglosada de su estado de cuenta, si lo solicita.
8. Obtener de su profesional de servicios de salud o del delegado del profesional de servicios de salud información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que sea razonable esperar que el paciente pueda comprender.
9. Recibir de su dentista la información necesaria para otorgar consentimiento informado antes de comenzar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea urgente. Un consentimiento informado debe incluir como mínimo el suministro de información sobre el procedimiento o tratamiento específico, los riesgos involucrados y las alternativas de atención o tratamiento, si los hubiere.
10. Rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley y a estar plenamente informado de las consecuencias médicas de su acción.
11. Negarse a participar en estudios de investigación
12. Expresar quejas sobre la atención y los servicios prestados y hacer que el centro investigue dichas quejas, sin temor a represalias. Un paciente puede expresar su preocupación verbalmente o por escrito al administrador. Si el paciente lo solicita, el centro es responsable de proporcionar en un plazo de 30 días al paciente o a la persona que él designe una respuesta por escrito, que recoja el resultado de la investigación. El centro también es responsable de notificar al paciente o a la persona que él designe que si el paciente no está satisfecho con la respuesta del centro puede presentar una queja a la Oficina de Administración de Sistemas de Salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1 (800) 804-5447.
13. La privacidad y la confidencialidad de la historia clínica y de toda la información relativa al tratamiento del paciente.
14. Aprobar o rechazar la liberación o comunicación del contenido de su historia dental a cualquier profesional de servicios de salud o centro de salud, excepto según lo exija la ley o el contrato de pago de un tercero.

CONSERVE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS

ELLIOT P. SCHLANG, DDS - DENTISTA GENERAL, DIRECTOR DENTAL

Angelina Adames, DDS, Jungmin Cho, DMD, Jennifer Corredor, DDS, Sylvia Cuellar, DDS, Joseph D'Ambrosio, DMD, Jason Davis, DDS, Christopher Dillon, DDS, Andrew Fradkin, DDS, Margaret Garland, DDS, Renee Gaska, DMD, Jeffrey Gershon, DMD, Daria Grillo, DDS, Barry Hecht, DMD, Deborah Kahn, DMD, Sahar Kamkar, DMD, Aditi Kapoor, DMD, Uzma Khan, DDS, Jeffrey Krantz, DDS, Stephen Marshall, DDS, Deena Pegler, DMD, Alan Poritzky, DDS, Melissa Rodgers, DMD, Deniz Salierno, DDS, Elliot Schlang, DDS, Karim Shehadeh, DDS, Jeffrey Tenenbaum, DDS, Nancy Yu, DDS

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMUNICAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN. CONSERVE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS

NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES

La privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicables a mantener la privacidad de su información sanitaria. También estamos obligados a entregarle esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación con su información sanitaria. Debemos cumplir las prácticas de privacidad que se indican en esta notificación mientras la misma esté en vigor. Le notificaremos si se ha producido una violación de su información médica no segura.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento, siempre y cuando la ley aplicable lo permita. Nos reservamos el derecho a realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestra notificación aplicables a toda la información que conservamos, incluyendo la información de salud. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos esta notificación y pondremos a su disposición la nueva notificación, previa solicitud.

Puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o copias adicionales de esta notificación, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de esta notificación.

USOS Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

Utilizamos y comunicamos información sanitaria sobre usted para el tratamiento, el pago y las actividades sanitarias. Por ejemplo:

Tratamiento: podremos utilizar o comunicar su información sanitaria a un médico, al personal de enfermería escolar u otros proveedores de servicios de salud que le proporcionan tratamiento.

Pago: podremos utilizar o comunicar su información sanitaria para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos.

Actividades sanitarias: podremos utilizar o comunicar su información sanitaria en relación con nuestras actividades comerciales como analizar la competencia o las cualificaciones de los profesionales sanitarios y evaluar el desempeño de los facultativos y los proveedores.

Su autorización: los usos o las comunicaciones que no estén indicados en esta notificación solo podrán realizarse con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para utilizar o comunicar su información para que se le hagan ofertas de comercialización de bienes o servicios en las que se nos pague por realizar la comunicación. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará los usos o las comunicaciones que permitió su autorización mientras estaba en vigor. A menos que nos entregue una autorización por escrito, no podremos usar o comunicar su información por ninguna razón, excepto las que se indican en esta notificación.

A su familia y amigos y personas involucradas en su cuidado: podremos comunicarle su información sanitaria a un miembro de su familia, amigo u otra persona involucrada en su cuidado en la medida en que sea necesario para los servicios de salud o el pago de los mismos. También podremos comunicar su información médica a las organizaciones de socorro en También podremos utilizar o comunicar su información médica para notificar, o ayudar a notificar, a un miembro de su familia, a un representante personal o a una persona responsable de su cuidado su ubicación, su estado general o su muerte. Si no quiere que comuniquemos su información médica a los miembros de su familia u otras personas en dichas circunstancias; por favor, notifíquese a nuestro funcionario del HIPAA llamando al (888) -833-8441.

Cuando lo exija la ley: podremos utilizar o comunicar su información sanitaria cuando la ley nos obligue a hacerlo.

Por motivos de seguridad pública: es posible que tengamos que comunicar información médica a los agentes del orden público, como, por ejemplo, para dar respuesta a una orden de registro o a una citación del gran jurado, o para ayudar a los agentes del orden público a identificar o localizar a un individuo, para denunciar muertes que se puedan haber producido como consecuencia de una conducta delictiva o para denunciar conductas delictivas en nuestras instalaciones.

Por maltrato o abandono: podremos comunicar su información sanitaria a las autoridades competentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de la violencia doméstica o de otros crímenes. Podremos comunicar su información sanitaria en la medida en que sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud o su seguridad o a la salud y la seguridad de otros.

Por motivos de seguridad nacional: podremos comunicar su información médica a las autoridades militares de las Fuerzas Armadas o a personal militar extranjero en determinadas circunstancias, a funcionarios federales autorizados a participar en actividades lícitas de espionaje, contraespionaje u otras actividades relacionadas con la seguridad nacional y de protección al presidente. También podremos comunicar información sanitaria a los agentes de las instituciones penitenciarias o del orden público que tengan la custodia legal de un interno o paciente en determinadas circunstancias.

Para recordatorios de citas: podremos utilizar o comunicar su información sanitaria para ofrecerle recordatorios de las citas (como mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

Para actividades de supervisión médica: Podremos comunicar su información sanitaria a una organización de supervisión médica para la realización de actividades permitidas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuestas para licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de servicios de salud, los brotes de enfermedades, los programas del gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos humanos y para mejorar la evolución de los pacientes.

En demandas y controversias: podremos comunicar información sanitaria sobre usted para dar respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos comunicar información sanitaria sobre usted en respuesta a una citación, una solicitud de producción de pruebas u otro procedimiento legal.

Otros usos y comunicaciones: según lo permitido o exigido por la ley, podemos usar o comunicar su información médica para fines de investigación; a organizaciones que gestionan y supervisan la donación y el trasplante de órganos; para programas de compensación de trabajadores o programas similares para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo; para actividades de salud pública tales como prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; para informar de reacciones a medicamentos o problemas con productos; para notificar a las personas sobre la retirada de productos que puedan estar usando; y para notificar a una persona que haya estado expuesta o que corra el riesgo de contraer o propagar una enfermedad; a los médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte; o a los directores de funerarias para que lleven a cabo su función.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: tiene derecho a consultar u obtener copias de su información sanitaria, con limitadas excepciones. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información sanitaria enviándola por fax al número que aparece al final de esta notificación.

Informe de comunicaciones: tiene derecho a recibir una lista con algunas de las comunicaciones de su información sanitaria realizadas por nosotros o nuestros socios comerciales. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podremos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo, para satisfacer esas solicitudes adicionales.

Restricciones: tiene derecho a solicitar que limitemos nuestra utilización o comunicación de su información sanitaria. No estamos obligados a acceder a su solicitud a menos que se trate de una comunicación a su seguro médico, usted (o alguien en su nombre, que no sea su seguro médico) haya pagado el coste íntegro de los servicios de salud recibidos, la comunicación sea relativa al pago o las actividades sanitarias y la comunicación no venga exigida por la ley de ninguna otra manera. No obstante, si accedemos a la limitación, nos atenderemos a ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación alternativa: tiene derecho a solicitar por escrito que nos pongamos en contacto con usted en relación con su información sanitaria por medios alternativos o en lugares alternativos especificados en su solicitud por escrito.

Modificaciones: tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información sanitaria. Su solicitud debe presentarse por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. En determinadas circunstancias podremos denegar la solicitud.

Notificación electrónica: Si recibe esta notificación en nuestro sitio web o mediante un correo electrónico (*email*), tiene derecho a recibir esta notificación de forma impresa, previa solicitud.

PREGUNTAS Y RECLAMOS

Comuníquese con nosotros si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes. Si le preocupa que hayamos infringido sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo utilizando la información de contacto al final de esta notificación. También puede presentar un reclamo por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar un reclamo ante nosotros o ante el Departamento de Salud y de Servicios Sociales de Estados Unidos.

Datos de contacto del funcionario: Funcionario HIPAA

Teléfono: (888) 833-8441 Fax: (888) 330-4331

Correo electrónico: hipaaofficer@smileprograms.com

Fecha de entrada en vigor: 1 de agosto de 2016