

**Programa de la Clínica de Salud Bucal del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York
Formulario de Autorización de los Padres**

Nombre del Proveedor de Salud Bucal (OHCP): First MedCare Primary Care Center

Dirección de OHCP: 8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

INFORMACIÓN DEL ALUMNO	INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Mes Día Año</div> Dirección del estudiante: _____ <hr/> <div style="text-align: center; font-size: small;">Ciudad Estado Código postal</div> Escuela: _____ Grado: _____ Nombre del maestro: _____ <u>PREGUNTA MÉDICA IMPORTANTE</u> ¿Tiene su hijo algún problema de salud que pueda afectar o complicar el tratamiento dental? Por ejemplo, problemas de corazón, respiratorios o de sangrado, alergias, convulsiones, enfermedades contagiosas, trastornos inmunitarios, etc. Si su respuesta es "Sí", explique de qué se trata. SI LA RESPUESTA ES "NO", DEJÉ EL ESPACIO EN BLANCO. _____ _____ _____ _____ _____	<u>Madre</u> Apellido: _____ Nombre: _____ <u>Padre</u> Apellido: _____ Nombre: _____ <u>Tutor legal, si procede</u> Apellido: _____ Nombre: _____ Relación del tutor legal con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tía o tío <input type="checkbox"/> Otro: _____ <u>Información de contacto del padre o tutor</u> Teléfono fijo: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ <u>Otros contactos para emergencias</u> Nombre completo: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO	
¿Recibe su hijo Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Número de identificación de Medicaid _____ ¿Recibe su hijo Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Número de Child Health Plus _____ ¿Qué plan de salud tiene? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> MetroPlus <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> MVP <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Tiene su hijo cobertura mediante un plan financiado por su empleador o cualquier otro tipo de seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, plan de salud: _____ Identificación de miembro o Número de seguro social: _____ Teléfono del seguro médico _____ Nombre completo del adulto asegurado: _____ Fecha de nacimiento del adulto asegurado: _____ Su hijo recibirá los servicios de forma gratuita con independencia que tenga o no seguro médico.

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

Entiendo que mi hijo recibirá servicios de salud bucal y que con mi firma otorgo la autorización para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por OHCP durante todo el tiempo que esté matriculado en la escuela. Puedo retirar mi autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a OHCP. **Entiendo que debo informar al proveedor de servicios de cualquier cambio en la salud de mi hijo.**

AVISO: La ley no exige la autorización de los padres para los estudiantes mayores de 18 años ni para los estudiantes que son padres o están legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad.

X _____
Firma del padre o tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años o en cualquier otro caso permitido por la ley) **Fecha**

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE TRANSFERIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA) PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN SANITARIA

He leído y entiendo la página 2 de este formulario sobre la entrega de información sanitaria. Mi firma indica mi autorización para que se entregue información sanitaria tal como se especifica.

X _____
Firma del padre o tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años o en cualquier otro caso permitido por la ley) **Fecha**

**Programa de la Clínica de Salud Bucal del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York
Formulario de Autorización de los Padres**

Nombre del Proveedor de Salud Bucal (OHCP): First MedCare Primary Care Center

Dirección de OHCP: 8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

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

Doy mi autorización para que mi hijo reciba servicios de atención médica bucal a cargo de los profesionales sanitarios acreditados por el Estado de OHCP como parte del programa escolar de salud bucal aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York durante todo el tiempo que mi hijo esté matriculado en la escuela. Puedo retirar mi autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a OHCP. Comprendo que, de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y la clínica que proporciona los servicios de salud bucal quedará garantizada en las áreas específicas, de conformidad con la ley, 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 escolar pueden incluir, entre otros, servicios de salud bucal preventivos, servicios de restauración y procedimientos de emergencia. Los servicios de salud bucal preventiva incluyen, entre otros, revisiones dentales, tratamientos de higiene dental, radiografías, sellados y tratamientos con flúor. Esto también pueden 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 servicios de salud dental preventivos, OHCP debe notificar al padre o tutor los tratamientos que deben realizarse, incluyendo 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.

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE TRANSFERIBILIDAD Y
RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD
(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)
PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN SANITARIA**

Mi firma en el reverso de este formulario autoriza a la entrega de información sanitaria. Las leyes estatales y federales sobre privacidad pueden evitar la entrega de esta información.

Mediante mi firma en este formulario, doy mi autorización para que se entregue información sanitaria a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida con el nombre de Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), lo que puede incluir al personal de enfermería escolar, porque lo exija la ley y las disposiciones del canciller, porque sea necesario para proteger la salud y la seguridad el estudiante o para tramitar un reclamo contra la compañía aseguradora de mi hijo. Si lo solicito, la persona o las instalaciones entreguen esta información sanitaria deberán 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. Entiendo que no estoy obligado a otorgar mi autorización para que se entregue la información sanitaria de mi hijo y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi consentimiento mediante notificación por escrito a OHCP. 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 OHCP a que entregue información sanitaria específica 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 a OHCP a entregar al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York a entregar a OHCP la información sanitaria expuesta a continuación, para garantizar que la escuela tiene la información necesaria para proteger la salud y la seguridad de mi hijo:

- Enfermedades que pueden 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 protegidos por la ley).
- Cobertura del seguro médico

Mi firma en la página 1 de este formulario también otorga mi autorización para que OHCP se ponga en contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo para obtener información sobre el seguro.

Se autoriza la entrega de información desde la fecha en la que se firmó el formulario hasta que el estudiante deje de estar inscrito en el Programa de salud bucal de la escuela o hasta que la autorización se revoque, lo que ocurra primero.

OHCP deberá proporcionar los Derechos del paciente y la Política de privacidad, según lo exija la ley.