



# Formulario de autorización dental, consentimiento dental y relevo de responsabilidad para la salud bucal escolar

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DE ESTUDIANTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
SEXO (Escriba M/F/X/N)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE		NOMBRE DE LA ESCUELA		
# DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE		GRADO		# DE AULA	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR			MEDICAID/ALL KIDS – DE BENEFICIARIO DE 9 DIGITOS		
NUMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (incluya el número de unidad si corresponde)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADO					
POLÍTICA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADOS		NÚMERO DE GRUPO		FECHA DE NACIMIENTO ASEGURADO	
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADOS		NOMBRE DEL PADRE / TUTOR ASEGURADO			

Como padre o tutor legal del estudiante anteriormente mencionado, entiendo que por medio del Departamento de Salud Pública de Chicago y el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR (el "PROGRAMA") de las Escuelas Públicas de Chicago, los dentistas con licencia vendrán a la escuela de mi estudiante en un futuro cercano para evaluar la salud bucal, obtener información sobre altura y peso, proporcionar un EXAMEN/EVALUACIÓN DENTAL y, de ser necesario, una LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO DE FLUORURO y SELLADORES DENTALES LIBRES DE COSTO a los estudiantes o sus familias de la escuela. Los sellantes dentales, además del cepillado y el uso del hilo dental regular, protegen los dientes de su hijo/menor en tutela de las CARIES. Los sellantes dentales son revestimientos plásticos delgados que se colocan en la parte superior de los dientes posteriores para SELLARLOS contra la comida y los gérmenes. Los sellantes se aplican en los dientes que parecen no tener caries y que no están dañados. LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NO INCLUYEN LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES NI LAS INYECCIONES.

Entiendo que en consideración a la participación de mi hijo/menor en tutela en el PROGRAMA y como lo muestra mi firma a continuación, por este medio libero y eximo de responsabilidad a la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo el Departamento de Salud Pública y sus empleados, funcionarios, voluntarios, agentes y representantes y la JUNTA DE EDUCACION DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fiduciarios, agentes, funcionarios, contratistas, voluntarios y empleados de toda responsabilidad que podamos obtener

mi estudiante y yo, por cualquiera y todas las pérdidas, lesiones, daños hacia mí o mi estudiante, conocidos y desconocidos, previstos y no previstos, que surjan con relación a la participación de mi estudiante en el PROGRAMA, ya sea que dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades sean el resultado total o parcial de la negligencia de la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo el Departamento de Salud Pública, empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fiduciarios, empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes.

Además, entiendo que como lo muestra mi firma a continuación, reconozco que un dentista autorizado que proporciona atención, tratamiento, diagnóstico o asesoría dental o médica sin cobrar en nombre del Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago no es responsable por los daños civiles que resulten de sus actos u omisiones al proporcionar dicha atención, tratamiento, diagnóstico o asesoría dental o médica bajo el Programa, excepto debido a una acción arbitraria o intencional. Para autorizar a los proveedores dentales y al Departamento de Salud Pública de Chicago para que compartan la información relacionada con los servicios dentales del PROGRAMA que se proporciona a su estudiante, firme el Formulario de Autorización que se encuentra en la parte inferior de esta carta. Este formulario de consentimiento firmado es válido por 365 días desde la fecha en que se firma por el estudiante o sus padres/tutores legales.

## ¿RAZA? (Por favor marque uno)

Blanca  Negra  Asiática / isleño del Pacífico  Nativoamericano / nativo de Alaska  Origen hispanico  SÍ  NO

## INFORMACIÓN MÉDICA : su hijo/menor en tutela alguna vez ha padecido algo de lo que se indica a continuación

SÍ  NO

Si su respuesta es SÍ: marque todas las condiciones a continuación que apliquen

- Asma
- Diabetes
- Actualmente tiene soplo cardíaco
- Fiebre o enfermedad cardíaca reumáticas
- Epilepsia
- Enfermedad o trastorno sanguíneo
- Hepatitis

## ¿TOMA SU ESTUDIANTE EN TUTELA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere los medicamentos

## ¿TIENE SU ESTUDIANTE EN TUTELA ALGUNA ALERGIA? SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere las alergias

## ¿EXISTE ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA RELACIONADA? SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere las condiciones

## Por favor firme por ambos lados

Como padre o tutor legal del menor o menor en tutela, otorgo mi consentimiento para que mi estudiante participe en el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR, el cual incluye un examen/prueba de detección dental y, de ser necesarios, limpieza dental, tratamiento de flúor en gel o esmalte, la aplicación de sellantes dentales, y que se someta a exámenes de Garantías de calidad. Entiendo que si no firmo este Formulario de Consentimiento dental y exención de responsabilidades, mi estudiante no recibirá algún servicio bajo este programa.

Firma del padre o tutor legal

Fecha





# Formulario de autorización dental, consentimiento dental y relevo de responsabilidad para la salud bucal escolar



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE		NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR	
NOMBRE DE LA ESCUELA			

Formulario de autorización Al firmar a continuación, entiendo que otorgo mi autorización para que el proveedor dental y el Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago usen o divulguen la información protegida de salud de mi estudiante a las siguientes personas u organizaciones con el propósito de preparar informes, documentación de evolución de la salud bucal y Medicaid y facturación de la asignación: el Departamento de Salud Pública de Chicago, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604; directores escolares individuales; Illinois Department of Healthcare and Family Services, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL, 62763; el Departamento de Salud Pública de Illinois - Sección de Salud Bucal, 535 W. Jefferson Street, 2nd Floor, Springfield, IL, 62761; las Escuelas Públicas de Chicago, Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil, 42 West Madison, Garden level, Chicago, IL 60602; centros de salud federalmente calificados; el Oral Health Forum (OHF), 1100 West Cermak Road, Suite 518, Chicago, 1160608; la Infant Welfare Society of Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Oak Park-River Forest; el Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, 1160302 y camionetas dentales autorizadas por las Escuelas Públicas de Chicago.

El Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago (CDPH) y los proveedores dentales no pueden condicionar el tratamiento, pago ni elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo a firmar dicha autorización. Esta Autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmar este formulario de autorización. Entiendo que existe la posibilidad de que la información que se divulgue en conformidad con esta autorización pueda estar sujeta a ser redivulgada por parte del beneficiario, en cuyo caso dejaría de estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA) y las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar esta Autorización por escrito al enviar un aviso a HIPAA Privacy Officer, City of Chicago, Department of Public Health, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604.

La revocación no es efectiva con respecto a acciones que se tomaron antes de la revocación. Esta autorización es válida por 365 días a partir del día en que es firmada por el padre o tutor legal.

**Por favor firme por ambos lados**

Firma del padre/madre/tutor

*Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.*

Fecha

