



THE DENTIST IS COMING TO YOUR SCHOOL!

Taking care of your child's teeth is important to keep them healthy.
Please complete, sign & return to your teacher in 2 days
Includes initial dental care & follow-up visits!

1. ABOUT YOUR CHILD If your child already sees a dentist regularly, continue to go to that dentist.

School or Program Name _____ County _____
 Teacher _____ Room # _____ Grade _____ AM/PM _____
 Child's Legal Name _____ Child's Date of Birth _____ Male/Female (circle one)
 Child's Social Security Number _____ - _____ - _____
 Parent/Guardian Name _____
(PRINT CLEARLY & SIGN BELOW)
 Address _____ City/Zip _____
 Email _____ Phone () _____ Alt. Phone () _____

2. INSURANCE INFORMATION **MEDICAID & HEALTHY START/HEALTHY FAMILIES COVER 100% OF TREATMENT**

CHILD HAS MEDICAID/HEALTHY START/HEALTHY FAMILIES Circle one of the following: Medicaid, CareSource, United Healthcare, Buckeye, Molina, Paramount, Other: _____
 Enter Child's Recipient ID Number HERE: → _____

CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE
 Ins. Company name (other than Medicaid) _____ Ins. Phone _____
 Group # _____ Employer name _____ Co. phone _____
 Name of Insured Adult _____ BIRTH DATE of Insured Adult _____
 Member ID/Policy # _____ Social Security # of insured adult _____

CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE If paying for services, please make check or money order payable to Smile Care, LLC & staple to this form.
 I am able to pay the full fee for a dental cleaning, screening & fluoride per visit. Ages 13 or younger: **\$137.00** Ages 14 or older: **\$146.00**
 I certify that I need to pay for a subsidized service because I am unable to pay the full fee. It will cover dental cleaning, screening & fluoride per visit. Ages 13 or younger: **\$43.00** Ages 14 or older: **\$54.00**
 I certify that I am unable to pay the full or subsidized fee and request full financial assistance, which will cover dental cleaning, screening & fluoride (charity care unavailable for restorative treatment). We will send you a charity care application. Charity care available only once per school year.

3. CHILD'S MEDICAL HISTORY

CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD

- Recent Dental Problems
- Asthma or Wheezing
- Behavioral Problems
- Communicable Diseases/TB
- Rheumatic Fever
- Diabetes
- Hemophilia/Bleeding Problems
- Sickle Cell Anemia
- Fainting /Epilepsy/Seizures
- Liver Problems/Hepatitis
- Kidney Problems
- HIV/AIDS
- Cancer
- Heart Problems - Describe _____

Notify us of any medical history changes.

List allergies (including allergies to medications) _____
 Name/phone # of child's physician _____

Use space below to provide additional details on your child's health, including current medical treatment, other significant past illnesses, alcohol & tobacco use (including smokeless). List current medications. Attach another page as needed.

Approx. date of last dental visit. _____

CHECK IF ANTIBIOTIC PRE-MEDICATION REQUIRED FOR DENTAL TREATMENT

4. READ AND SIGN BELOW

I request that the dentist perform preventive dental care on my child which includes exam, cleaning, fluoride, sealants and x-rays as needed. This permission includes future dental visits. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS FORM and understand and agree to its terms.

SIGN & DATE HERE → _____

DATE

OH-PREVE-008-V2 6/14

QUESTIONS: 1-888-833-8441 Fax: 1-888-330-4331 Visit us at: mobiudentists.com

OFFICE USE ONLY	
1st	6 mo
	exam, prophyl, fluoride
	exam, prophyl
	(4)bwx or (2)bwx
	PA films for diagnosis
	seal perm molars
	csf



IMPORTANT NOTICE & CONSENT / AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

I understand and authorize Smile Care, LLC (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants. While it is unlikely your child could be harmed by preventive dental care, in rare cases, the products we use may cause allergic reaction. (For additional information regarding the benefits and risks of preventive dental care, please call the number provided.) I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payor. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Treatment by the in-school dentist may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, reply "STOP" to any message received from us. You also agree to receive pre-recorded and/or auto-dialed telephone calls relating to the school dental program at the land-line and/or mobile telephone numbers provided on this consent form. I have received the Notice of Privacy Practices (NPP) attached to this form and consent to the release of my child's medical record information, including records obtained from other providers, and any HIV/AIDS, communicable disease, sexually transmitted disease, drug and alcohol, and anemia information. I authorize release of such information by Provider to any responsible payor and/or administrative service provider and their subcontractors for use and disclosure relating to my child's treatment, payment for services and health care operation purposes. This signed consent authorizes my child's initial and future dental visits. I may withdraw this consent at any time in writing.

Entiendo y autorizo a Smile Care, LLC (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño(a) mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x y sellantes. A pesar de que no es probable de que su niño(a) sea dañado durante los cuidados dentales preventivos, en raras ocasiones, los productos que utilizamos pudieran causar una reacción alérgica. (Para más información sobre los beneficios y los riesgos del cuidado dental preventivo, por favor llame al número proporcionada.) Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. El tratamiento realizado por el dentista escolar pudiera afectar los beneficios de su niño en un futuro bajo su cobertura privada, Medicaid o CHIP. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. En ocasiones podremos mandarle un texto sobre el programa dental escolar. Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para discontinuar, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefónicas relacionadas con el programa dental escolar a los números telefónicos que usted proporciona en esta forma de consentimiento. He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento para la divulgación de la información de la información de mi hijo(a), incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo(a), pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

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

General Dentists - Brenda Bailey, DDS, Dennis Baum, DDS, Ayah Bilbeisi, DDS, Karyn Boltz, DDS, Roger Bryant, DDS, John Dokler, DDS, Robert Dycman, DDS, Dwight Fox, DMD, Judy Gerson, DDS, Anne Gornley, DDS, Robert Hamann, DDS, Ralph Meluch, DDS, Aubrey Morsk, DDS, Joe Patton, DDS, William Schmerge, DDS, J. Dale Smith, DDS, Daniel Soucie, DDS,

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

NUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si se viola su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar cualquier cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud. Por ejemplo: Tratamiento: Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela o otro proveedor de salud que le está preveyendo tratamiento.

Pagos: Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted. Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

Su Autorización: Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

A su Familia y Amigos y Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 623-434-9343 x1152.

Requerido por La Ley: podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley. Seguridad Pública: Podemos dar información médica a oficiales de la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de la ley a identificar o localizar a un individuo, o para reportar de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal o informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

Abuso o Negligencia: Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Seguridad Nacional: Podemos dar su información médica a las autoridades militares de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero bajo ciertas circunstancias; a funcionarios federales de la ley de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proteger al Presidente, y a un oficial de la ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionar recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correo electrónico o mensajes de texto).

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen: auditar, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

Demanda y Disputas: Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

Otros Usos y Revelaciones: Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que monitorean y monitorian la donación de órganos y trasplantes como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corre el riesgo de contraer o expandir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar que restringamos al uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerido por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, no regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

Entiende: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros entendamos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se entienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito. Si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA

Teléfono: 623-434-9343 x1152

email: hipaaoffice@smileprograms.com

Fecha efectiva: August 1, 2013