



Programa de

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____ Masculino Femenino
 Nombre de la escuela: _____ de ID del estudiante _____ Grado: _____ de salón _____
 Nombre del padre/madre/tutor: _____ Dirección de la casa: _____
 Número de teléfono: _____ Código postal: _____ Medicaid/ALL KIDS: de beneficiario de 9 dígitos _____

Como padre/madre/tutor del estudiante anteriormente mencionado, entiendo que por medio del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago y el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR (el "PROGRAMA") de las Escuelas Públicas de Chicago, dentistas autorizados llegarán a la escuela de mi hijo/menor en tutela próximamente para brindar un EXAMEN/PRUEBA DE DETECCIÓN DENTAL, LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO DE FLÚOR y aplicar SELLANTES dentales (SEGÚN SEAN NECESARIOS) SIN COSTO a los estudiantes o sus familias en 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 EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fiduciarios, agentes, funcionarios, contratistas, voluntarios y empleados de toda responsabilidad que podamos obtener mi hijo/menor en tutela y yo, por cualquiera y todas las pérdidas, lesiones, daños hacia mí o mi hijo/menor en tutela, conocidos y desconocidos, previstos y no previstos, que surjan con relación a la participación de mi hijo/menor en tutela 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 hijo/menor en tutela, 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 niño / oh de los padres que tienen la tutorial.

Raza: (Encierre una con un círculo) Blanca Negra Asiática/isleño del Pacífico Indio americano/nativo de Alaska **Origen hispanico** (Encierre uno con un círculo) Sí No

INFORMACIÓN MÉDICA: su hijo/menor en tutela alguna vez ha padecido algo de lo que se indica a continuación: **Sí o NO**
 Si su respuesta es Sí: encierre en un círculo la condición apropiada a continuación:

Asma Diabetes Actualmente tiene sople cardíaco Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática Epilepsia Enfermedad/trastorno sanguíneo Hepatitis

¿Toma su hijo/menor en tutela algún medicamento? Si su respuesta es Sí, enumere los medicamentos: _____

¿Tiene su hijo/menor en tutela alguna alergia? Si su respuesta es Sí, enumere las alergias: _____

¿Existe alguna otra condición médica relacionada? Si su respuesta es Sí, enumere las condiciones: _____

Como padre/madre o tutor del menor o menor en tutela, otorgo mi consentimiento para que mi hijo o menor en tutela participe en el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR, el cual incluye un examen/prueba de detección dental, limpieza dental, tratamiento de flúor en gel o esmalte, la aplicación de sellantes dentales, si es apropiado, y que se someta a exámenes de Garantía de calidad. Autorizo al proveedor dental para que use el número de ALL KIDS o Medicaid de mi hijo o menor en tutela solo para fines de facturación. **Entiendo que si no firmo este Formulario de Consentimiento dental y exención de responsabilidades, mi hijo o menor en tutela no recibirá algún servicio bajo este programa.**

Por favor firme y feche abajo:

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Programa de Dental



Nombre del estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

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 y/o divulguen la información protegida de salud de mi hijo/menor en tutela, 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 cesión: City of Chicago, Department of Public Health, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604; Individual School Principal; Illinois Department of Healthcare and Family Services, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL, 62763; Illinois Department of Public Health - Oral Health Division, 535 W. Jefferson Street, 2nd Floor, Springfield, IL, 62761 y Chicago Public Schools, Office of Student Health and Wellness, 42 West Madison, Garden level Chicago, IL 60602. 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 divulga de conformidad con esta autorización pueda estar sujeta a una nueva divulgación por parte del beneficiario y ya no estará protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) 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, Centro de Salud Con Calificación Federal en Chicago, Infant Welfare Society de Chicago, 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Oak Park-River Forest Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302. y **camionetas dental** aprobado por las Escuelas Públicas de Chicago

La revocación no es efectiva con respecto a acciones que se tomaron antes de la revocación. Esta autorización es válida por **365** días desde la fecha en que se firma por el niño / oh de los padres que tienen la tutorial.

Por favor firme y feche abajo:

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Por favor firme al otro lado de esta forma