Onsite Dental

DENTAL CONSENT FORM

Dear Parent or Guardian, *ESPANOL REVERSO* →

ONSITE DENTAL has partnered with our school to arrange for NO COST preventive dental services for eligible children. These services may include an exam, cleaning, fluoride treatment, sealants (a protective coating on the chewing surfaces of back teeth) and dental education. Licensed dentists, hygienists and assistants will come to your child's school with portable dental equipment during the school day. In order for your child to receive these services you must provide all the information requested below and sign in the area indicated. Please note: As of August 2015, some Medicaid plans may only cover cleanings and fluoride treatments once per every six months regardless of place of service.

If you are not interested in this program, please print only your child's name and date of birth, and write "NO" on the top of this form.

Child's Name: (last, first name)	Male _____ Female _____	D.O.B.: (MM/DD/YYYY)
Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone: ext:
Address:	City:	Zip: County:
School:	Grade:	
Teacher:	Preferred Language:	

Does your child have any medical history that may complicate dental treatment?

Does your child qualify for free/reduced meals? YES ____ NO ____

Is your child enrolled in the "ALL KIDS" Program (Public Aid /Medicaid/Kid Care)? YES ____ NO ____

If no, would you like to be contacted for more information on the "ALL KIDS" Program?

If yes, please include your child's Medical Card ID Number:

Is your child covered by private dental insurance (For Grant Purposes) ? Yes _____ No_____

In signing this form, you give permission for your child to be treated by Onsite Dental. Your signature also verifies that you have read this form regarding HIPAA. This consent gives permission for: Onsite Dental and your child's school to mutually share this consent form, for Illinois Dept of Public Health to provide Quality Assurance checks where officials may return to your school and re-check your child's sealants, and also allows the school to release address and telephone information as well as school directory information such as classroom and daily schedule information as necessary to Onsite Dental. I understand that some Medicaid plans may only cover cleanings and fluoride treatments every six months regardless of place of service. This authorization will expire 24 months from the date signed and is valid for all 2016-2017 school year.

Signature:	Date:
Are you legally responsible for this child? Yes / No	Relationship:

HIPAA PRIVACY POLICY

Protecting Your Confidential Health Information is Important to Us
Updated with new guidelines September 2013 ONSITE DENTAL Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

We are required by law to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect August 1, 2013, and will remain in effect until we replace it.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law, and to make new Notice provisions effective for all protected health information that we maintain. When we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and post the new Notice clearly and prominently at our practice location, and we will provide copies of the new Notice upon request. You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose your health information for different purposes, including treatment, payment, and health care operations. For each of these categories, we have provided a description and an example. Some information, such as HIV-related information, genetic information, alcohol and/or substance abuse records, and mental health records may be entitled to special confidentiality protections under applicable state or federal law. We will abide by these special protections as they pertain to applicable cases involving these types of records.

Treatment. We may use and disclose your health information for your treatment. For example, we may disclose your health information to a specialist providing treatment to you.

Payment. We may use and disclose your health information to obtain reimbursement for the treatment and services you receive from us or another entity involved with your care. Payment activities include billing, collections, claims management, and determinations of eligibility and coverage to obtain payment from you, an insurance company, or another third party. For example, we may send claims to your dental health plan containing certain health information. Healthcare Operations. We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. For example, healthcare operations include quality assessment and improvement activities, conducting training programs, and licensing activities.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care. We may disclose your health information to your family or friends or any other individual identified by you when they are involved in your care or in the payment for your care. Additionally, we may disclose information about you to a patient representative. If a person has the authority by law to make health care decisions for you, we will treat that patient representative the same way we would treat you with respect to your health information. Disaster Relief. We may use or disclose your health information to assist in disaster relief efforts. Required by Law. We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

Public Health Activities. We may disclose your health information for public health activities, including disclosures to: Prevent or control disease, injury or disability

Report child abuse or neglect;Report reactions to medications or problems with products or devices; Notify a person of a recall, repair, or replacement of products or devices; Notify a person who may have been exposed to a disease or condition; or Notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect, or domestic violence. National Security. We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institution or law enforcement official having lawful custody the protected health information of an inmate or patient.

Secretary of HHS. We will disclose your health information to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services when required to investigate or determine compliance with HIPAA. Worker's Compensation. We may disclose your PHI to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to worker's compensation or other similar programs established by law.

Law Enforcement. We may disclose your PHI for law enforcement purposes as permitted by HIPAA, as required by law, or in response to a subpoena or court order.

Health Oversight Activities. We may disclose your PHI to an oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include audits, investigations, inspections, and credentialing, as necessary for licensure and for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

Judicial and Administrative Proceedings. If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose your PHI in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process instituted by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made, either by the requesting party or us, to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

Research. We may disclose your PHI to researchers when their research has been approved by an institutional review board or privacy board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your information.

Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors. We may release your PHI to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also disclose PHI to funeral directors consistent with applicable law to enable them to carry out their duties.

Fundraising. We may contact you to provide you with information about our sponsored activities, including fundraising programs, as permitted by applicable law. If you do not wish to receive such information from us, you may opt out of receiving the communications.

Other Uses and Disclosures of PHI

Your authorization is required, with a few exceptions, for disclosure of psychotherapy notes, use or disclosure of PHI for marketing, and for the sale of PHI. We will also obtain your written authorization before using or disclosing your PHI for purposes other than those provided for in this Notice (or as otherwise permitted or required by law). You may revoke an authorization in writing at any time. Upon receipt of the written revocation, we will stop using or disclosing your PHI, except to the extent that we have already taken action in reliance on the authorization.

Your Health Information Rights Access You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make the request in writing. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice. If you request information that we maintain on paper, we may provide photocopies. If you request information that we maintain electronically, you have the right to an electronic copy. We will use the form and format you request if readily producible. We will charge you a reasonable cost-based fee for the cost of supplies and labor of copying, and for postage if you want copies mailed to you. Contact us using the information listed at the end of this Notice for an explanation of our fee structure. If you are denied a request for access, you have the right to have the denial reviewed in accordance with the requirements of applicable law.

Disclosure Accounting. With the exception of certain disclosures, you have the right to receive an accounting of disclosures of your health information in accordance with applicable laws and regulations. To request an accounting of disclosures of your health information, you must submit your request in writing to the Privacy Official. If you request this accounting more than once in a 12- month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to the additional requests.

Right to Request a Restriction. You have the right to request additional restrictions on our use or disclosure of your PHI by submitting a written request to the Privacy Official. Your written request must include (1) what information you want to limit, (2) whether you want to limit our use, disclosure or both, and (3) to whom you want the limits to apply. We are not required to agree to your request except in the case where the disclosure is to a health plan for purposes of carrying out payment or health care operations, and the information pertains solely to a health care item or service for which you, or a person on your behalf (other than the health plan), has paid our practice in full.

Alternative Communication. You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or at alternative locations. You must make your request in writing. Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation of how payments will be handled under the alternative means or location you request. We will accommodate all reasonable requests. However, if we are unable to contact you using the ways or locations you have requested we may contact you using the information we have.

Amendment. You have the right to request that we amend your health information. Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances. If we agree to your request, we will amend your record(s) and notify you of such. If we deny your request for an amendment, we will provide you with a written explanation of why we denied it and explain your rights.

Right to Notification of a Breach. You will receive notifications of breaches of your unsecured protected health information as required by law.

Electronic Notice. You may receive a paper copy of this Notice upon request, even if you have agreed to receive this Notice electronically on our Web site or by electronic mail (e-mail).

Questions and Complaints

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. If you are concened that we may have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

TO THE PATIENT—PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENTS CAREFULLY.

Purpose of Consent: By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities, and healthcare operations. Notice of Privacy Practices: You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide whether to sign this Consent. Our Notice provides a description of our treatment, payment activities, and healthcare operations, of the uses and disclosures we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our Notice accompanies this Consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this Consent.

We reserve the right to change our privacy practices as described in our Notice of Privacy Practices. If we change our privacy practices, we will issue a revised Notice of Privacy Practices, which will contain the changes. Those changes may apply to any of your protected health information that we maintain.

Revoke: You will have the right to revoke this Consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to the Contact Person listed above. Please understand that revocation of this Consent will not affect any action we took in reliance on this Consent before we received your revocation, and that we may decline to treat you or to continue treating you if you revoke this Consent.

Onsite Dental

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA REVISIÓN DENTAL

Estimado Padre o Tutor:

ONSITE DENTAL se ha asociado con su escuela local para organizar los servicios dentales preventivos GRATIS para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento con flúor, selladores (una capa protectora en las superficies masticadoras de las muelas) y educación dental. Los dentistas certificados, higienistas y asistentes irán a la escuela de su niño con equipo dental portátil durante el día escolar. Para que su niño reciba estos servicios usted debe proporcionar toda la información solicitada abajo y firmar en el área indicada. Porfavor tenga en cuenta: A partir de Agosto 2015 algunos medicaid planes solamente cubren limpiezas y tratamientos de floruro una vez cada seis meses, independientemente de su lugar de servicio.

Si a usted no le interesa este programa, por favor escriba solamente el nombre de su niño y su fecha de nacimiento y escriba "NO" en la parte superior de este formulario.

Nombre del Niño: (apellido, nombre)	Masculino ___ Femenino ___	Fecha de Nac.: MM/DD/AAAA
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo: ext:
Dirección:	Ciudad:	C.P.: Paíz:
Escuela:	Grado:	
Maestro:	Idioma Preferido:	

¿Tiene su niño algo en su historial médico que pudiera complicar su tratamiento dental?

¿Califica su niño para comidas gratis o a precio reducido? SÍ ____ NO ____

¿Está su niño inscrito en el Programa "ALL KIDS" (Ayuda Pública/Medicaid/Kid Care)? SÍ ____ NO ____

Si no, ¿quiere que alguien se comunique con usted para darle más información acerca del Programa "ALL KIDS"?

Si es sí, por favor incluya el número de identificación en la tarjeta médica de su niño: (número de identificación de 9 dígitos al dorso de la tarjeta Medi-Plan)

¿Tiene su niño cobertura dental con un seguro privado? Sí _____ No_____

Al firmar este formulario, usted autoriza el tratamiento de su niño por uno de los proveedores mencionados en la lista. Su firma también verifica que usted ha leído los formularios proporcionados acerca de HIPAA. Esto también autoriza: la auditoría IDPH QA, que los proveedores regresen a su escuela y vuelvan a revisar los selladores dentales de su niño y que la escuela revele su información de domicilio y telefónica como sea necesario a: Onsite Dental. Yo en tienda que los planes de Medicaid solo podran cubrir limpiezas y tratamientos de floruro cads seis meses independientemente de su lugar de servicio. Esta autorización se vencerá a los 24 meses después de la fecha de la firma.

Firma:	Fecha:
¿Es usted legalmente responsable de este niño? Sí No	Parentesco:

Comunicado de Privatización para proteger Información Médica o de la Salud.

Este comunicado describe como la información medica acerca de usted puede ser usada y divulgada y como puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente!

Con su consentimiento, la practica esta autorizada por leyes federales de privacidad para revelar información sobre su salud con los siguientes propósitos: de tratamiento, pagos y trámites para el cuidado de la salud. La información médica protegida es la información que creamos y obtenemos cuando proveemos nuestros servicios. Dicha información puede incluir la documentación de sus síntomas, examen medico, resultados de análisis, diagnósticos tratamiento así como la aplicación para cuidados o tratamientos en el futuro. También incluye documentos de facturas y cobros por esos servicios.

Ejemplos del uso de su información medica con el propósito de tratamiento:

La enfermera obtiene información concerniente a usted y sus tratamientos en el expediente medico. Durante el curso de su tratamiento el Dr. Determina que necesita consultar con otro especialista en el área. El doctor compartirá información con dicho especialista y obtendrá su opinión.

Ejemplo del uso de su información medica con el propósito de pagos:

Nosotros enviamos una solicitud para pago a su compañía de seguro medico. La compañía de seguros solicitara información concerniente al tratamiento que recibió. Nosotros les proporcionaremos la información solicitada acerca de usted y el tratamiento recibido.

Ejemplo del uso de su información para los trámites de operaciones para el cuidado de la salud:

Nosotros obtenemos servicios de nuestras aseguradoras u otros negocios asociados como evaluación de control de calidad, evaluación de resultados, desarrollo de protocolos y guías clínicas, programas de entrenamiento, certificaciones, revisiones medicas, servicios legales y seguros. Nosotros compartiremos información acerca de usted con dichas aseguradoras u otros negocios asociados en la medida que sea necesario para obtener esos servicios.

Sus derechos sobre la información medican:

El expediente medico que usamos y la información financiera son propiedad física de la practica, sin embargo la información en ellos le pertenecen a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción para ciertos usos y revelaciones acerca de su información medica por medio de una solicitud por escrito entregada a este consultorio u oficina. No estamos obligados a conceder su solicitud pero concederemos cualquier requisición concedida.
- Solicitar que usted pueda inspeccionar y copiar su expediente medico y su expediente de adeudos- usted puede ejercer este derecho entregando una solicitud por escrito a nuestra oficina
- Apelar si se llegase a negar el acceso a su información medica protegida excepto en ciertas circunstancias;
- Solicitar que su expediente medico sea modificado para corregir información incompleta o incorrecta, entregando una solicitud por escrito a este consultorio.
- Llenar una carta estipulando su desacuerdo si su solicitud para corregir el expediente es negada, y que se adjunte la carta donde se niega la corrección de su xpediente en todas las futuras divulgaciones de su información medica protegida.
- Obtener una cuenta de las veces que se ha divulgado su información medica como se ha requerido por ley, por medio de una solicitud por escrito a nuestra oficina. La cuenta no incluirá usos internos de su información para el tratamiento., pagos, u operaciones, divulgación de su información a usted o por su solicitud, o información dada a familiares o amigos durante el tratamiento.
- Solicitar que la comunicación de su información medica sea hecha por medios alternos o a un lugar alterno por medio de una solicitud por escrito entregada en nuestra oficina; y,
- Revocar, por medio de. una solicitud por escrito entregada a esta oficina, autorizaciones que usted hizo anteriormente para usar o revelar información, exceptuando la información que ya se haya enviado o cualquier acción que ya se haya tomado.

Si usted desea ejercer cualquiera de los derechos arriba mencionados, por favor contacte a: Jason M. Grinter DDS en persona o por escrito, durante nuestro horario de trabajo. El le asistirá en la medida necesaria para ejercitar sus derechos.

Nuestras responsabilidades: Nuestra práctica es requerida:

- Por ley, a mantener la confidencialidad de su información medica;
- A Proveerle con un comunicado de nuestras labores y practicas de privacidad acerca de la información que colectamos y mantenemos sobre usted.
- A Continuar con los términos de este comunicado.
- A Notificarle si no podemos proveer una restricción solicitada; y
- A acomodar sus solicitudes acerca de los métodos para comunicarle a usted su información medica, siempre y cuando sean razonables.

Nos reservamos el derecho de corregir, cambiar o eliminar provisiones en nuestra práctica de privacidad y prácticas de acceso, así como para establecer nuevas provisiones acerca de confidencialidad de su información medica que nosotros mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, nosotros modificaremos nuestro comunicado. Usted tiene derecho a recibir una copia modificada de nuestro Comunicado, llamando y solicitando una copia de nuestro "Comunicado" o personalmente, al visitar nuestra oficina para recoger una copia.

Si desea solicitar información o llenar una queja:

Si tiene preguntas, desea información adicional o desea reportar un problema acerca de el manejo de su información, puede usted contactar a Jason M. Grinter DDS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede usted quejarse por escrito, entregando la queja en nuestra oficina o entregando su queja a Jason M. Grinter DDS.

Usted también puede quejarse enviando la queja por correo o correo electrónico a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos.

- Nosotros no podemos pedirle o condicionarlo a que se abstenga del derecho de quejarse con la Secretaria de Salud y Servicios Humanos (HHS), para recibir tratamiento en esta Práctica.
- Nosotros no podemos y no debemos perjudicarle por quejarse a la Secretaria.

Otras Divulgaciones y Usos: Notificación: A menos que usted no este de acuerdo, nosotros podemos usar o revelar su información medica protegida para notificar, o asistir en notificar a un miembro de la familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado acerca de su paradero, sus condiciones generales o de su muerte.

Comunicación con familiares Usando nuestro mejor juicio, nosotros pudiéramos revelar, a un miembro de su familia, amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante al involucro de esa persona en su cuidado o para el pago de dicho cuidado, si usted no tiene objeción o en caso de emergencia.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) Nosotros podríamos revelar a esta agencia información médica confidencial relacionada a efectos adversos con respecto a productos o productos defectuosos, o como control después de la compra de un producto, para facilitar la reparación, reemplazo o llamado de ciertos productos si se encuentran defectuosos.

Compensación por lesiones de Trabajo Si usted busca compensación por medio de la Compensación por lesiones de Trabajo, nosotros podríamos divulgar información médica confidencial en el grado que sea necesario para cumplir con las leyes que regulan la Compensación por lesiones de Trabajo.

Salud Pública Esta requerido por ley, que pudiéramos revelar información medica confidencial o protegida a la salud publica o autoridades legales encargadas de prevenir, controlar enfermedades, danos o disabilidades.

Abuso y Negligencia Nosotros podríamos revelar su información medica protegida o confidencial a autoridades públicas, como lo permite la ley, para reportar abuso o negligencia.

Instituciones Correccionales

Si usted es un interno de una institución correccional o prisión, nosotros podríamos divulgar a la institución o sus agentes, su información médica confidencial necesaria para su salud así como para la salud y seguridad de otros individuos.

Cumplimiento de la ley

Podríamos divulgar su información medica protegida o confidencial con el propósito de cumplimiento de la ley, como se requiere por ley. Como cuando es requerido por una orden de la corte o en casos que involucren el proceso de un crimen, o en la extensión de que un individuo este en custodia de la policía para el cumplimiento de la ley.

Supervisión de la salud

Las leyes Federales nos permiten proporcionar su información médica a las agencias que supervisan la salud o para actividades de supervisión de la salud.

Procesos Judiciales /Administrativos

Nosotros podríamos revelar su información medica protegida o confidencial en el trayecto de cualquier proceso judicial o administrativo, en el grado que sea permitido o requerido por ley, con su consentimiento, o como sea establecido en la orden de la corte.

Otros Usos

Otros usos y revelaciones, además de aquellos identificados en este Comunicado, serán solamente realizados si se autorizan por ley o por su autorización escrita, pudiendo usted revocar esta autorización como ha sido establecido previamente.

Pagina de Internet Si nosotros contamos con una página de Internet que informe acerca de nuestra entidad, este Comunicado lo encontrara en la página de Internet.

Fecha en que se hace efectivo este Comunicado