



# Departamento de salud del condado de Ottawa **SERVICIOS DENTALES GRATIS para NIÑOS**

## QUIEN

Niños de 0-17 años de edad con tarjetas de **Medicaid Seguro o califican los que no tienen seguro quien:**

- \*No tienen dentista y
- \*No ha recibido un reconocimiento general dental en los últimos 6 meses y
- \*Califica financiamiento

## QUE

- \*Examen dental
- \*Limpieza de dientes
- \*Tratamiento fluorido para prevenir cavidades
- \*Radiografías
- \*Selladores
- \*Educación en la Salud Dental
- \*Relleno de cavidades y Extracciones si es necesario
- \*Otros servicios dentales necesario



## DONDE

El Autobus Dental " Miles of Smiles" vendra a la escuela de su niño(a).

## COMO

1. **Complete** la forma para información medica
2. Necesita escribir el numero de Medicaid en la forma (Tiene Medicaid ó califica)
3. Regrese la forma de información medica a la escuela **inmediatamente** .
4. Información de Ingresos tiene que esta completa en la otra forma incluido.

*Gracias*

## SEGURO DENTAL

Debido al presupuesto de el estado a sido cortado, el dinero de "Miles of Smiles" de los fondos que están designado para el costo de los rellenos de los niños de familias de ingresos bajos y niños sin seguro.

**Si su niño califica para los lonches gratis y presios reducido, ellos también califican a costos bajos como \$0 - \$10 por mes para aseguransa médico y dental para todos los niños en la familia.** Por favor llame al 1-800-764-4111 x5731 o (616) 393-5731 para recibir ayuda de llenar la appicación. También usted puede llenar la appicación en el internet en esta página: [www.healthcare4mi.com](http://www.healthcare4mi.com).

***¡Ahora aplíquese para asegurarse de que su niño recibe el cuidado dental que necesitan en "Miles of Smiles"!***

**El Autobus Dental "MILES OF SMILES"  
OTTAWA COUNTY HEALTH DEPARTMENT  
REGISTRACIÓN DENTAL Y HISTORIAL MÉDICO PARA NIÑOS**



Nombre de Niño	Sexo	Fecha de Nacimiento
Nombre de Padres	Telefono	
Dirrección	Cuidad	Estado
		Código postal

**Para recibir servicios dental llene esta parte completa:** ¿Usted ha solicitado Medicaid para su niño en los 90 días pasados? Si  No

Numero de Medicaid \_\_\_\_\_ Numero del seguro social del niño \_\_\_\_\_  
 Cuantas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_ Que es su Ingreso **mensual** (antes de taxes)? \$ \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  AM  PM Maestro(a) \_\_\_\_\_  
 Hemos visto a su niño/a antes en el autobus dental? Si  No  Si, si el nombre del la escuela que atendio anteriormente: \_\_\_\_\_

Ráza (Por favor marque todas que le apliquen):  
 African American  Arab/Chaldean  Asian/Pacific Islander  Hispanic  Native American  White  
 NIño de trabajador migrante: Si  No

**HISTORIAL MÉDICO**

Fecha del ultimo examen fisco:	Fecha del ultimo examen dental:	Estan las vacunas completas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---------------------------------	--

Nombre de Médico: \_\_\_\_\_

Esta el niño/a debajo de atención de médico por alguna condición medica? . . . . . Si  No   
 Si esta cual condición medica? \_\_\_\_\_

Esta su niño recibiendo alguna medicación?. . . . . Si  No   
 Si esta cual medicacións son? \_\_\_\_\_

Sangra demasiado cuando se corta?. . . . . Si  No   
 Su niño alguna vez a estado en el hospital? Si contesto si porque razon: \_\_\_\_\_ Si  No

Ha tenido su niño alguna cirugia? Si acazo, a tenido de que es: \_\_\_\_\_ Si  No

Su niño tiene alergia a la penicilina o otras medicinas?. . . . . Si  No   
 Si tiene alergias cuales son? \_\_\_\_\_

Tiene alguna alergias con (guantes de latex, comidas, polen, animales, polvo)? . . . . . Si  No   
 Si tiene cuales son? \_\_\_\_\_

Su niño tiene debilitaciones cognoscitivas o emocionales? . . . . . Si  No   
 Si tiene, cual condiciones son? \_\_\_\_\_

Tiene el niño historia o dificultad con uno de los siguientes? (por favor marque todas que le apliquen)

_____ Anemia	_____ Convulciones	_____ Hepatitis	_____ Fiebre Reumatica
_____ Nudillos artificiales	_____ Diabetes	_____ SIDA	_____ Esteroid Terapia
_____ Asma	_____ Epilepsia	_____ Rinónez	_____ Tiroides
_____ Vejiga	_____ Audición	_____ Hígado	_____ Tuberculosis (TB)
_____ Cerebral Palsy	_____ Murmuro de corazón	_____ Mononucleosis	_____ ADD/ADHD
_____ Sinusistis Cronica	_____ Enfermedad de corazón	_____ Incapacidad	_____ Otro: _____

**AUTORIZACIÓN**

Yo doy mi permiso a Ottawa County Health Department (OCHD) que den todos los servicios dental necesarios con el uso de nitrous oxide si es necesario al nombrado menor. Y tambien doy mi permiso para proveer servicios dentales a mi hijo(a) por estudiantes en dental y en higiene dental, bajo la directa supervision de un dentista profesional con licencia. Entiendo que un examen de (SIDA) o hepatitis pueden ser realizados al paciente menor antes mencionado, en la eventualidad de que un empleado de OCHD O proveedor dental sufra daño un pinchazo de aguja, o expuesto a la membrana mucosa, a una herida abierta u otros fluidos corporales del paciente antes mencionado. En caso de emergencia, yo autorizo a un adulto para que intervenga con respecto al cuidado médico de me hijo(a). Le doy permiso a un empleado del la escuela que transporte mi hijo(a) a un medicó designado del OCHD.

Declaro que la información es verdad y corecto. Autorizo que el condado comprobar la información. Entenido que si la información es falso no califica para los servicios dentales. Yo autorizo que pueden sacar fotografias video y entrevistar en la autobus dental de "Miles of Smiles". Tambien autorizo que usan las fotografias, video y entrevistar para editado por el condado y medios publicitarios. Los registros se pueden hacer disponibles a escuelas, programas head start, las oficinas dentales/clinicas, agencias de salud, los programas de ayuda y su seguridad de salud. He sido informado de que la Notificación de Privacidad HIPAA está disponible en el website [www.miOttawa.org/health](http://www.miOttawa.org/health), servicios dentales y haga clic en la aplicación Miles of Smiles (Español). Una copia de la "Notificación de Privacidad HIPAA" también está disponible previa solicitud llamando al 616.393.5771 .

Firma de Padres o Guardian	Relación	Fecha
----------------------------	----------	-------

## Cómo Utilizar Sus Derechos Bajo Esta Aviso

Si usted quiere utilizar sus derechos bajo esta aviso, usted nos puede llamar o escribir. Nosotros le ayudaremos a preparar su solicitud, si usted desea.

**Quejas al Gobierno Federal** Si usted cree que sus derechos de privacidad se han violado, usted tiene el derecho de archivar un agravio con el Gobierno Federal. Usted puede escribir a:

**Office of Civil Rights  
Department of Health &  
Human Services  
200 Independence Avenue, S. W.  
Washington D. C. 20201  
Teléfono: (866) 627-7748  
TTY: (866) 788-4989  
Correo electrónico  
(Email): ocrprivacy@hhs.gov**

Usted no será penalizado para archivar un agravio con el Gobierno Federal.

Agravios y comunicaciones para nosotros. Si desea ejercer su derechos en virtud del presente aviso, se comunican con nosotros sobre preguntas de privacidad o si desea presentar un agravio, usted puede escribir a:

**Corporation Counsel  
12220 Fillmore, Suite 331  
West Olive, MI 49460  
(616) 738-4865  
(800) 764-4111**

Usted no será penalizado para archivar una queja.

## Las copias de esta Aviso

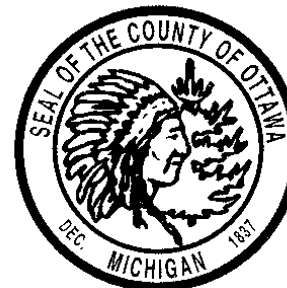
Usted tiene el derecho de recibir una copia adicional de esta aviso en cualquier vez. Aun que usted haya de acuerdo de recibir esta aviso electrónicamente, usted todavía tiene el derecho a una copia de esta nota. Por favor llama o escribí a nosotros para solicitar una copia:

**Privacy Officer  
Ottawa County Health Department  
12251 James Street  
Suite 400  
Holland, MI 49424  
(616) 396-5266  
(800) 764-4111**

**Ottawa County Health Department  
12251 James Street  
Suite 400  
Holland, MI 49424  
Llama: (800) 764-4111  
Fax: (616) 393-5643  
<http://www.miottawa.org>**

C:/Agency/HIPPA privacy Notice Spanish (05/10)

## EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE OTTAWA



## Notificación de Privacidad HIPAA

( La Versión condensó )



Efectivo Abril 14, 2003

# Aviso de Privacidad

Efectivo Abril 14, 2003

ESTA AVISO DESCRIBE INFORMACIÓN PERSONAL USTED PUEDE UTILIZAR Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.

## La comprensión del tipo de información que tenemos

Obtenemos información acerca de usted cuando usted se matricula en un plan de la salud, o utilizó nuestro servicios de cuidado del salud. La información que recibimos incluye su fecha de nacimiento, el número (s) de identificación y otra información personal.

## Nuestro compromiso de privacidad para usted

La información que reunimos acerca de usted es privada. Estamos obligados a darle un aviso de nuestras prácticas de privacidad. Sólo gente que tiene la necesidad y el derecho legal pueden ver su información. A menos que usted nos dé permiso, nosotros hacemos sólo revela su información para:

**El Tratamiento** Nosotros podemos revelar información médica acerca de usted para coordinar su cuidado del salud.

**El pago** Podemos utilizar la información del cuidado que usted obtenga se puede cuenta apropiadamente y puede ser pagado por.

## Cuidado del Salud/las Operaciones del negocio

Podemos utilizar y poder revelar información con respecto a nuestra cuidado del salud/la operación del negocio.

**Las excepciones** Por cierto documentos, su permiso se puede necesitar liberar información para el tratamiento, el pago y cuidado del salud/las operaciones del negocio.

**Cuando Requerido Por la Ley** Liberaremos información cuando somos requeridos por la ley. Los ejemplos de tales liberaciones serían para la aplicación de la ley o propósito nacional de seguridad, las citaciones y otras órdenes del tribunal, la anunciar transmisible de la enfermedad, el alivio de desastres, la revisión de nuestras actividades por agencias de gobierno, para apartar una amenaza grava a la salud o la seguridad, o en otras clases de emergencias.

## La Ley Paciente Dental del Consentimiento de Michigan

Nosotros somos requeridos por la Ley de Michigan a obtener su consentimiento escrito antes de hacer las revelaciones de su información de la salud.

**Con su Permiso** En adición a nuestro uso de su información de salud para el tratamiento, el pago o la cuidado del salud/las operaciones del negocio, usted nos puede dar permiso escrito para utilizar su información de salud o para revelarlo a cualquier propósito. Si usted nos da permiso, usted tiene el derecho de cambiar de opinión y lo revoca. Esto también debe estar escrito. Nosotros no podemos atrasar cualquier utiliza ni las revelaciones ya hecho con su permiso.

# Sus Derechos de Privacidad

**Usted tiene los derechos siguientes con respecto a la información de salud que tenemos acerca de usted:**

**Su derecho de Inspeccionar y Copiar** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de mirar y obtener copias de documentos o sus registros. Puede cobrar un honorario para el costo de copiar sus documentos.

**Su Derecho de Enmendar** Usted puede pedir que nosotros cambiemos sus documentos si usted siente que hay un error. Podemos negar su petición por razones de seguridad, pero deben dar una razón escrita para nuestra negación.

**Su Derecho a una Lista de Revelaciones** Usted tiene un derecho de pedir una lista de revelaciones hechas después de el 14 de abril de 2003. Esta lista no incluirá los tiempos se reveló esa información para el tratamiento, para el pago, o para cuidado de salud/las operaciones de negocio. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted ni a su familia, ni la información que se mandó con su autorización.

**Su Derecho de Solicitar Restricciones en Nuestro Uso o la Revelación de Información** Tiene el derecho de pedir que compartamos información con usted en un cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros mandemos información a su dirección del trabajo en vez de su domicilio. Usted no tiene que explicar la base para su respuesta

**Su petición con respecto a la información de la salud que tenemos acerca de usted debe ser hecha por escrito a:**

**Privacy Officer  
Ottawa County Health Department  
12251 James Street, Suite 400  
Holland, MI 49424**

# Los cambios a esta Aviso

Nos reservamos el derecho de modificar esta notificación. Un aviso revisado será efectiva para la información médica que ya tenemos sobre usted así como cualquier información que podamos recibir en el futuro. Estamos obligado por ley a cumplir con cualquier aviso actualmente en efecto. Cualquier cambio o nuestro aviso será publicado en nuestra página web:

<http://www.miottawa.org>

Para solicitar una versión ampliada de esta aviso por favor contacto:

**Corporation Counsel  
12220 Fillmore, Suite 331  
West Olive, MI 49460  
(616) 738-4865  
(800) 764-4111**

