

**Programa de Salud Oral Basado en la Escuela
Formulario de Autorización
Para el Uso y Develación de Información Privada de Salud**



Richard M. Daley
Alcalde
Ciudad de Chicago

Nombre del Niño: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre de la Escuela: _____

Al firmar esta Forma de la Autorización, yo entiendo que estoy dando mi autorización al proveedor dental y la Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago de utilizar y/o revelar la información protegida o privada (IP) de la salud, de mi niño(a), como esta descrito en más detalle abajo, a la(s) persona (personas) organización (organizaciones) siguiente(s):

La escuela de mi niño(a) y la Oficina de Servicios Especializados de las Escuelas Públicas de Chicago (CPS) y la Oficina de healthcare y Servicio Familia del estado de Illinois.

Autorizo específicamente el uso y revelación de la IP siguiente:

La información relaciona con el PROGRAMA los servicios dentales provistos a mi hijo.

Esta forma firmada del consentimiento es válida la fecha que es firmada por el padre o el guarda del niño(a) hasta de Agosto el 31 de 2010.

To puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando notificación escrita a la Ciudad de Chicago, la escuela mi niño y a la Oficina de Servicios Especializados de las Escuelas Públicas de Chicago como especificado abajo. Sin embargo, entiendo que tal revocación no tendrá ningún efecto en la información ya utilizado o revelada por la Ciudad de Chicago antes que la Ciudad recibiera la nota escrita de revocación.

Para avisar a la Ciudad:	Para avisar a la Escuela	Aviso al estado de Illinois:	Para avisar a la Oficina de Servicios Especializados de las CPS:
City of Chicago – Department of Public Health 333 S. State, 2nd floor Chicago, Illinois 60604 Attn: Oficial de Privacidad	Entregue al Director da la Escuela de su niño	Healthcare and Family Service 201 South Grand Avenue East Springfield, Illinois 62763	Chicago Public Schools Office of Specialized Services – 8th Floor 125 South Street Chicago, Illinois 60603 Fax: 773-553-1881

Entiendo que existe la posibilidad de que la información revelada por medio de esta autorización puede ser sujeta a ser revelada nuevamente por el recipiente y ya no estará protegida por el Acta de Portabilidad y Responsabilidad y de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act).

Esta Autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar esta forma de la Autorización

Entiendo que ni el proveedor dental ni el Departamento de Salud de la Ciudad de Chicago puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción, ni la elegibilidad para beneficios si firmo esta autorización, a menos que el tratamiento sea relacionado con investigación.

Entiendo que tengo el derecho de ser provisto de una copia firmada de esta formulario de autorización.

_____ La firma del padre, encargado o tutor legal	_____ Fecha
_____ El nombre impreso del padre, encargado o tutor legal	_____ Relación con el paciente

PROPORCIONE POR FAVOR INFORMACION SOLICITADA Y FIRME FORMA DENTAL de CONSENTIMIENTO EN EL OTRO LADO →



PROGRAMA DE SALUD ORAL BASADO EN LA ESCUELA Y LANZAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD

Estimado padre, encargado o tutor legal:

Como parte de la iniciativa "Niños Sanos, Mente Sana", el Departamento de Salud Pública de Chicago y el PROGRAMA DE SALUD ORAL BASADO EN LA ESCUELA de las Escuelas Públicas de Chicago (el "PROGRAMA"), dentistas licenciados vendrán a la escuela de su hijo(a) en un futuro próximo para proveer EXÁMENES DENTALES, LIMPIEZAS DENTALES, TRATAMIENTO DE ESMALTE DE FLUORURO y aplicar SELLADORES DENTALES (CUANDO SEA NECESARIO), sin COSTO alguno para los estudiantes ni familiares, en la escuela. Los selladores dentales, además de cepillarse y usar hilo dental regularmente, protegen la dentadura de CARIES. Los selladores son capas plásticas delgadas que se ponen sobre la superficie de las muelas traseras para SELLARLAS y evitar la acumulación de alimentos y microbios. Los selladores se aplican en dientes que no parecen tener caries y no duelen. Los SERVICIOS DEL PROGRAMA no INCLUYEN ARREGLO DE CARIES (drilling) ni INYECCIONES.

Con respecto a la participación de su hijo(a) en el PROGRAMA, y evidenciado con su firma, usted libera de cargos y reclamos a la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo al Departamento de Salud Pública, y a sus empleados, los oficiales, los voluntarios, los agentes y los representantes, y a LA JUNTA DE EDUCACION DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, los fideicomisarios, los agentes, los oficiales, los contratistas, los voluntarios y los empleados de cualquier obligación que surja de usted o su hijo(a), por o cualquier y todas las pérdidas, las lesiones, los daños a usted o a su niño(a), ambas: previstas o imprevistas, que resulten de la participación de su hijo(a) en el PROGRAMA si o las pérdidas, lesiones, los daños, o las responsabilidades no dichos dé lugar en entero o a parte de la negligencia de la CIUDAD DE CHICAGO, de sus departamentos, incluyendo el departamento de la salud pública, de los empleados, de los oficiales, de los contratistas, de los voluntarios, de los agentes, o de los representantes, o de la negligencia DEL TABLERO DE LA EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, de sus miembros, de los administradores, de los empleados, de los oficiales, de los contratistas, de los voluntarios, de los agentes, o de los representantes.

Como es evidenciado por su firma abajo, usted reconoce que un facultativo licenciado que proporcionara cuidado médico o dental, tratamiento, diagnóstico o consejo sin cargos monetarios por parte del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago no es responsable de los daños civiles que resulten de sus actos u omisiones por proporcionar el cuidado médico o dental, tratamiento, diagnóstico o consejo bajo el PROGRAMA excepto por actos premeditados de conducta malintencionada. Para autorizar a proveedores dentales y al Departamento de Salud Pública de Chicago a compartir información relacionada con los Servicios dentales del PROGRAMA provistos a su hijo(a) con la escuela de su hijo(a) y con la Oficina de Servicios Especializado de las Escuelas Públicas de Chicago,) y la Oficina de healthcare y Servicio Familia del estado de Illinois., por favor, complete y firme el Formulario de Autorización que aparece detrás de esta forma. Esta forma firmada del consentimiento es válida la fecha que es firmada por el padre o el guarda del niño(a) hasta de Agosto el 31 de 2010.

Si usted quiere que su hijo(a) participe, por favor, complete la información que se le solicita y desvuélvala a la escuela de su hijo(a).

(Nombre de Escuela)	(Salón)	(Número ID del estudiante)	(Teléfono)
(Nombre de estudiante)	(Fecha de Nacimiento)	(Grado)	(Género o sexo)
(Dirección domiciliaria)	(Núm. de apartamento)		(Código postal)

Hispanico (Por favor circular uno) Raza: (Por favor circular uno)
 Sí No Blanco Negro Isleño Asiático/Pacífico De Alaska Nativo/Indio American

¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las enfermedades siguientes?: (Circulo para cada condición.)

Diabetes	Epilepsia	Tiene actualmente Murmullos	Fiebre Reumática o Enfermedad Reumática Cardiac
Asma	Hepatitis	Enfermedad en la Sangre	

¿Toma su niño alguna medicina? (Si Sí, por favor explique) _____
 ¿Tiene su niño alguna alergia? (Si Sí, por favor explique) _____
 ¿Otras condiciones médicas? (Si Sí, por favor explique) _____

MEDICAID/ ALL KIDS: ¿Participa su hijo(a) en alguno de los siguientes programas? (Por favor, circulo).

¿Almuerzo gratuito o precio reducido? ¿Sí o No? ¿Medicaid/ All Kids? ¿Sí o No?
 Proporcione por favor la información de Medicaid / All Kids:

Núm. de ID: _____ Núm. de ID del Caso: _____ PERÍODO DE ELEGIBILIDAD: _____ por _____

Como el padre o el guarda del niño(a) o custadio legal arriba nombrado, consiento para que mi niño o custadio legal participe en el PROGRAMA ORAL de la SALUD de SCHOOL-BASED, que incluye examen dental, limpieza dental, tratamiento de esmalte de fluoruro, así como la aplicación de sellador dental si fuese necesario y exámenes de la garantía de calidad..Yo autorizo al proveedor dental a que utilice el Medicaid o el All Kids de este niño(a) o custadio legal para procesode facturación solamente. **Entiendo que si no puedo firmar esta forma del consentimiento y lanzamiento dentales de la responsabilidad, mi niño(a) no recibirá ningunos servicios bajo este programa.**

Fecha: _____ Firma de padre, encargado o tutor legal: _____
 (Revised 06.15.09) Por favor, complete el Formulario de Autorización que se encuentra al reverso de esta pagina. →

