

## Barniz de flúor para unos dientes sanos

**Devuelva una hoja de permiso firmada para usar este servicio.**

Los chequeos dentales y el barniz de flúor se ofrecen en la escuela de su hijo/a sin costo alguno para usted (seguro facturado). Una revisión dental es un vistazo rápido dentro de la boca de su hijo/a para revisar la salud general de sus dientes. El barniz de flúor es una capa protectora que se aplica sobre los dientes.

Para obtener más  
información,  
llámenos al  
503-842-2356.

Lo que necesita saber:

- 🦷 El barniz de flúor es una forma segura y rápida de proteger a los dientes de la caries.
- 🦷 El barniz de flúor no es doloroso.
- 🦷 Profesionales de atención dental realizan las revisiones y aplican el barniz de flúor.

### Cómo mantener una sonrisa sana

- 🦷 Cepílese los dientes y use hilo dental todos los días.
- 🦷 Use pasta de dientes con flúor del tamaño de un grano de arroz.
- 🦷 Elija botanas saludables, como frutas y verduras.
- 🦷 Intente tomar agua en lugar de jugo.
- 🦷 Tener dientes de leche sanos ayudará a prevenir problemas con los dientes permanentes.
- 🦷 Visite a un dentista al menos una vez al año.



# Revisión dental/barniz de flúor

## Hoja de permiso del programa



Los chequeos dentales y los servicios de barniz de flúor sin costo para usted (facturados por el seguro) ahora se ofrecen en la escuela de su hijo/a. El barniz de flúor es una forma rápida y fácil de proteger a los dientes de la caries. Profesionales de atención dental realizan la revisión y aplican el barniz de flúor hasta cuatro veces al año.

Nombre del niño: _____		
(Apellido)	(Primer nombre)	(Nombre de preferencia)
Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aa): ___/___/___ Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

**Revisión Dental: un vistazo rápido al interior de la boca para revisar la salud general de los dientes.**

SÍ  NO

**Barniz de Flúor: aplicada sobre los dientes para prevenir las caries.**

SÍ  NO

**Si eligió "sí", llene la información a continuación y firme:**

Información de contacto	
Padre, madre o tutor legal:	
Número telefónico para comunicarnos con usted:	Permiso para enviar mensajes de <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal:	

**Proporcione la siguiente información para que podamos atender mejor a su hijo/a:**

Mi hijo/a toma (indique medicamentos):	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene alergia a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Cualquier problema médico actual:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo/a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>

**Llene la siguiente sección.**

Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Núm. de identificación del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)/Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Compañía de seguro dental privado _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	<p><b>¡Estos servicios están en sin costo para usted!*</b></p> <p><small>* el seguro se facturará</small></p>
---	---

Al firmar a continuación, usted:

Como padre/madre/tutor legal, por medio de la presente autorizo la divulgación y el intercambio de información, incluida cualquier información médica personal relevante relacionada con los servicios proporcionados, entre el personal dental, el personal de Head Start, el distrito escolar de su hijo/a o el ESD, las compañías de seguro, el dentista del/de la menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Atención Dental constatada. He recibido una copia de los "Avisos de prácticas de privacidad". Las prácticas de privacidad están disponibles en el sitio web del Tillamook County Community Health Center <https://tillamookchc.org/patient-forms/>.

**Firma del padre, de la madre o del tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



La recopilación de datos demográficos nos ayuda a un mejor servicio a nuestra comunidad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer)

**Identidad étnica (opcional)**

- Hispano
- No Hispano

**Raza (opcional) Por favor marque todos los que sean pertinentes**

- Nativo de Alaska
- Asiático
- Indígena americano
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawái
- Otras islas del Pacifico
- Blanco
- Other

**Idioma (opcional)**

- \_\_\_\_\_

## RESUMEN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



La confidencialidad de su información médica amparada, llamada también “expediente médico”, es una prioridad importante en Tillamook County Community Health Center. Hay diversas razones por las cuales quizá debamos utilizar dicha información o divulgarla a otras personas o entidades. El presente Aviso de Prácticas de Privacidad tiene por finalidad informarle sobre las maneras en que podemos utilizar y divulgar la información de su expediente médico. LA PRESENTE PÁGINA NO ES EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMPLETO, el cual está disponible de solicitarse. Además de nuestro largo compromiso de proteger su información, existen ciertas obligaciones que debemos asumir bajo la ley federal. Una de dichas obligaciones es proporcionarle el presente aviso a usted. De solicitarse, el Aviso se facilitará en otros idiomas.

### ASPECTOS EXPLICADOS EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMPLETO:

- **La manera en que podemos utilizar y divulgar su información médica sin su permiso para:**
  - Brindarle tratamientos;
  - Recibir pago por los servicios que le prestemos;
  - Elaborar reportes para agencias federales, estatales y locales, así como para otras entidades cuando así lo exija la ley;
  - Elaborar reportes o divulgar información para fines de salud y seguridad públicas y/o para fines de investigación.
- **La manera en que podemos divulgar su información sin su permiso, pero sólo si le damos la oportunidad de negarse:**
  - Divulgar información sobre usted a su familia, amigos y otras personas que participen en su cuidado para recibir pago por los servicios que se le presten;
  - Dar a conocer información sobre usted en el caso de un desastre para informar su paradero y condición general a su familia y amigos.
- **La manera en que podemos utilizar y divulgar su información médica sólo con su permiso en circunstancias que no se hayan descrito arriba.**
- **Entre sus derechos legales bajo las leyes de privacidad federales figura su derecho de:**
  - Pedir revisar y fotocopiar su información médica;
  - Pedir que se corrija la información de su expediente médico que esté incorrecta o incompleta;
  - Pedir una lista de lugares a los que hemos enviado su información médica a menos que haya sido enviada con su permiso, para fines de pago, tratamiento u operaciones médicas;
  - Pedirnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial;
  - Pedir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento;
  - Que se le notifique en caso de que se viole su información médica amparada no segura;
  - Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados.