



2021-2022

Estimado padre, madre o tutor:

Greater Portland Health, en colaboración con las Escuelas Públicas de Portland y Westbrook, ofrece atención dental en las Escuelas Públicas de Portland y la Westbrook High School.

Le pedimos que complete y firme el formulario de inscripción al programa dental y la autorización para revelación de información adjuntos a fin de permitir que su hijo tenga acceso a los servicios dentales en su escuela. **Tenga en cuenta: Se requieren dos firmas; firme el formulario de inscripción y también el formulario de autorización.**

Se presentarán reclamaciones de seguros por los servicios prestados según corresponda. Si un paciente no tiene seguro, Greater Portland Health ofrece una escala móvil de tarifas.

#### Servicios prestados

Higienistas dentales prestan servicios de limpieza, fluoruro y selladores en todas las Escuelas de Portland, o en la Talbot (Riverton) Clinic o la Portland High Clinic y la Westbrook High School.

#### Tratamiento

El dentista del Programa de Salud Oral de Menores o estudiantes dentales supervisados de la UNE realizan el tratamiento de seguimiento en la clínica ubicada en la Portland High School. El tratamiento puede incluir, entre otros servicios, examen dental, radiografías de diagnóstico, fluoruro, empastes, coronas y extracciones.

#### En este paquete encontrará:

- Formulario de inscripción al programa dental: ***llene, firme y entréguelo al enfermero escolar. Complételo aunque su hijo se haya inscrito el año pasado; se necesita la información actualizada.***
- Autorización para revelación de información: ***Firme y entréguela.***
- Aviso de privacidad de Greater Portland Health: en el reverso de esta carta, *para que usted lo conserve.*

## Preguntas frecuentes

**¿Los servicios dentales tienen un costo? Sí,** si su hijo tiene seguro dental, incluyendo MaineCare, se le facturará al seguro. Para los estudiantes que no tienen seguro dental, hay una escala móvil de tarifas. **Hay consejeros financieros disponibles para ayudarle a determinar si usted es elegible para el seguro y, si no, para examinar las opciones de pago y el costo de los servicios.**

**¿Es este un programa escolar? No,** el programa se lleva a cabo en las escuelas, pero es administrado por Greater Portland Health. Pueden inscribirse en el programa los menores desde 6 meses hasta 21 años de edad.

**¿Debo inscribir a mi hijo si ya es un paciente establecido en Greater Portland Health? Sí,** el formulario de inscripción nos autoriza a ver a su hijo sin que esté presente el padre ni la madre.

**¿Qué hago si mi hijo ya va a la clínica?** Le pedimos que complete los formularios adjuntos para actualizar la historia clínica, lea la política de privacidad y firme la autorización para revelación.

Para pedir una cita, llame al **207-874-2141, opción 7** o comuníquese con Kathy Martin, Gerente del Programa Dental de Greater Portland Health llamando al (207) 874-2141 x 8401 o enviando un correo electrónico a [kmartin@greaterportlandhealth.org](mailto:kmartin@greaterportlandhealth.org) para pedir más información.

Greater Portland Health es un centro de salud calificado por el gobierno federal con la misión de brindar una atención médica de alta calidad y centrada en el paciente, que sea accesible, asequible y culturalmente sensible. Para obtener más información sobre Greater Portland Health, llame al (207) 874-2141 o visite nuestro sitio web: <http://www.greaterportlandhealth.org/>

## Inscripción en el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health

### Formulario de autorización para el uso y revelación de información de atención médica

Mediante mi firma abajo, reconozco y acepto lo siguiente, con respecto a la inscripción de mi hijo en el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health (“el Centro Médico Escolar de GPH”) y la revelación del expediente de salud de mi hijo y la información relacionada:

- He recibido y leído el Aviso de prácticas sobre información médica del Centro Médico Escolar de GPH que informa sobre la manera en que la información de salud en el expediente de salud de mi hijo puede usarse y revelarse, de acuerdo con las normas de confidencialidad de la Ley HIPAA.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a acceder al expediente de salud escolar de mi hijo, incluyendo, entre otros, los expedientes físicos, de conducta y de orientación si los hay, y toda información relacionada, con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el Centro Médico de GPH.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a proveer a la Escuela (incluyendo al enfermero y a trabajadores sociales) información de los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH según sea necesario y apropiado con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el Centro Médico de GPH.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a compartir la información en los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH (incluyendo los expedientes de salud escolar si están incluidos en el expediente del Centro Médico Escolar de GPH) con otros médicos y proveedores tratantes, incluyendo proveedores de atención primaria, dentistas, y profesionales de salud mental, para facilitar la prestación de atención médica a mi hijo.
- Autorizo al proveedor de atención primaria, dentista y profesional de salud mental de mi hijo (“Terceros proveedores”) a entregar información y expedientes de salud al Centro Médico Escolar de GPH para facilitar la prestación de atención médica por parte del Centro Médico Escolar de GPH a mi hijo. Entiendo que dichos Terceros proveedores pueden solicitarme que firme una autorización independiente para permitir la revelación de los expedientes relacionados con el tratamiento por parte de Terceros proveedores.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a revelar información de los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH según sea necesario para facturar a las compañías de seguro u otros pagadores.
- Entiendo y estoy de acuerdo con que: i) esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se disponga aquí una duración más corta; y que (ii) puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación escrita sobre el retiro de la autorización, excepto en la medida en que el Centro Médico Escolar de GPH lo haya hecho conforme al consentimiento original.

✍ **Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_



# Formulario de inscripción al Programa Dental 2021-2022

CARING FOR THE WHOLE COMMUNITY

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
 (Como figura en la tarjeta MaineCare, si corresponde)

Dirección \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Teléfono(s) del padre/madre (diurno) \_\_\_\_\_ Acepta mensaje/texto Sí/No

Celular del estudiante (para recordatorios) \_\_\_\_\_ Acepta mensaje/texto Sí/No

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Maestro/Grado \_\_\_\_\_

Número de identificación de MaineCare (termina en A) _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro (Marcar <input checked="" type="checkbox"/> )
Seguro dental privado: Nombre de la empresa _____ Póliza N.º _____	
Grupo N.º _____ Dirección para reclamaciones _____	
Nombre del titular de la póliza _____	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____	
Nombre del garante (persona responsable de las facturas): _____ Fecha de nacimiento: _____	

**¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Marque todo lo que corresponda.**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD*                                | <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica           |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH                                 | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral               | <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Asma                                     | <input type="checkbox"/> Labio/paladar leporino           | <input type="checkbox"/> Herpes                 | <input type="checkbox"/> Problemas del habla/audición    |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de autismo/Asperger             | <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita del corazón | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/gastrointestinales |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento                   | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo                    | <input type="checkbox"/> Trastorno renal        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de sangre                      | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones           | <input type="checkbox"/> Trastorno hepático     | <input type="checkbox"/> Otro                            |

\*Trastorno de déficit de atención/Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

¿Su hijo tiene alguna alergia? Explique \_\_\_\_\_

Enumere todo medicamento que toma su hijo \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo dolor de dientes? Sí No ¿Ha visto su hijo a un dentista en el último año? Sí No. Si responde Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en el hogar \_\_\_\_\_

Raza del estudiante:  Blanco  Negro, africano, afroamericano  Otro isleño del Pacífico  Asiático  
 Indio sudamericano/centroamericano/norteamericano, nativo de Alaska  Nativo hawaiano  Multirracial

Origen étnico del estudiante:  Hispano/latino  No hispano/latino

Número total de familiares que viven en la vivienda: _____	Ingreso total anual del grupo familiar: _____
Nombre del jefe de familia: _____	Parentesco con el estudiante: _____

**Consentimiento para usar el Programa de salud oral de menores de Greater Portland Health y autorización para revelar información**

Al firmar este formulario, reconozco y entiendo que:

- He recibido y leído la carta a los padres y las preguntas frecuentes sobre el Programa Dental Escolar de Greater Portland Health ("GPH"), que explica lo que es el Programa Dental Escolar de GPH y qué servicios y beneficios podría brindar a mi hijo.
- El Programa Dental Escolar de GPH es una entidad separada de la escuela y de la sala de enfermería escolar. El Programa Dental Escolar de GPH provee evaluaciones dentales y una gama de tratamiento de salud oral en un lugar de la escuela en tanto que se comunica con otros proveedores de atención médica que también pueden participar en la atención de mi hijo.
- Este consentimiento es válido por el tiempo que el estudiante esté inscrito en el Sistema Escolar de Portland o hasta que se transfiera a otra escuela (es decir, de la escuela media a la secundaria). Cuando mi hijo se transfiera de la escuela media a la secundaria, deberé volver a inscribirlo en el Programa Dental Escolar si deseo que continúe recibiendo los servicios del Programa Dental Escolar de GPH.
- Se me requiere leer y firmar el Formulario de autorización para el uso y la revelación de información de atención médica relativo a la inscripción de mi hijo en el Programa Dental Escolar de GPH.

**He leído completamente este formulario y estoy de acuerdo con inscribir a mi hijo en este momento en el Programa Dental Escolar de GPH.**

☞ **Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_