

**Consentimiento para Tratamiento, Asignación de Beneficios
& Revelación de Información**

Nombre del Paciente Menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Adulto que da consentimiento: _____ Relación: ☐ Padre ☐ Guardián Legal

- Si no quiere ningún servicios dentales para su niño, favor de firmar aquí _____ y mandar esto formulario a la escuela.
-
- Con mi firma abajo, doy autorización al Programa Dental Móvil de Open Door Community Health Centers para el diagnóstico y/o tratamiento dental para el paciente menor nombrado arriba.
- Entiendo que el Programa Dental Móvil de Open Door Community Health Centers puede proveer solamente los servicios que autorizo abajo. He firmado en la línea por cada tipo de servicio que autorizo:

_____ **Examen Dental**, incluyendo examen de rayos-X

_____ **Servicios preventivos:** profilaxis, instrucción de salud oral, selladores, tratamiento con fluoruro

_____ **Servicios restaurativos:** el empaste, corona metálica, pulpotomía, tratamiento de canal radicular. *Usamos la anestesia durante estos tratamientos.*

_____ **Extracción de Dientes Primarias:** Extracción de dientes primarias (dientes del niño) que no pueden ser restaurados por otros tratamientos. *A veces usamos la anestesia durante esto tratamiento.*

*Si la dentista recomienda **extracción de dientes permanentes**, ud. va a recibir otro formulario de consentimiento.*

- Entiendo que los servicios de la clínica dental móvil son durante las horas escolares. He escogido una de las cajas abajo para indicar si quiero estar a la escuela durante la cita de mi niño. Entiendo que no hay bastante espacio para estar en el cuarto de tratamiento con mi niño, pero que puedo esperar acerca durante la cita.

- ☐ Quiero ser presente durante todas las citas de mi niño.
- ☐ Quiero ser presente solamente durante las citas que incluyen servicios restaurativos o extracciones.
- ☐ Quiero ser presente solamente durante las citas que incluyen servicios extracciones.
- ☐ No es necesario que soy presente durante las citas de mi niño.

Si quiere ser presente, vamos a llamar con las fechas y horas de las citas de su niño. Favor de dar los números teléfonos adonde debemos llamar:

Números teléfonos (del día): _____

- He recibido La Noticia que describe el uso de información personal medical. Entiendo que Open Door Community Health Centers compartira ciertos tipos de información con otros centros médicos, practicantes médicos y pagadores, como un parte normal de nuestros negocios. Entiendo también que tengo el derecho a pedir que no sea compartida cierta información, y que debo pedir más información si estoy preocupado o tengo preguntas.
- Para pacientes con aseguranza de Healthy Families o Medi-Cal: es necesario presentar su tarjeta de Healthy Families o Medi-Cal más reciente.
- Doy fe bajo la pena de perjurio que la información es verdadera y correcta según mi leal entender y saber.

Firma: _____ Fecha: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (para correo): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección (de casa): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos contactarle en casa? ☐ Sí ☐ NoOtro método de contacto ☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono móvil ☐ Correo electrónico _____Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Otros nombres que ha usado: _____Su Lenguaje: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Hmong ☐ Otro _____
¿Necesita servicios de interpretación? ☐ Sí ☐ NoOrigen Étnico: ☐ Hispano ☐ No HispanoRaza: ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Americano Nativo ☐ Afroamericano ☐ De Islas Pacíficas ☐ Nativo de Alaska ☐ No se sabeEstatus migratorio: ☐ Inmigrante ☐ Trabajador temporal ☐ Ninguno de esosSituación de vivienda: ☐ Ahora tengo hogar ☐ Sin Hogar ☐ Riesgo de perder mi hogar
☐ Vivo en un refugio ☐ Vivo con otras personas ☐ Vivo en la calle, campamento, puente ☐ Hogar temporal¿Es Veterano militar? ☐ Sí ☐ No

Nombre de Empleador: _____ Teléfono: _____

Contactos en caso de emergencia (para el paciente, o para el padre/guardián si el paciente es menor de edad)

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente ☐ Esposa/o ☐ Mamá ☐ Papá ☐ Abuelos ☐ Otro _____Otro método de contacto ☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono móvil ☐ Correo electrónico _____

Número de Medi-Cal: _____ Fecha de emisión: _____

Información del fiador (La persona que paga los cobros, por ejemplo: El padre de un paciente menor de edad.)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: ☐ La misma descrita arriba _____ Ciudad/Código Postal: _____Relación al paciente: ☐ Padre ☐ Esposo/a ☐ Otro: _____ Numero de Seguro Social: _____Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Datos Sobre Ingresos: Usamos esta información para la escala de descuentos.

Ingreso de familia: \$ _____ por: ☐ Año ☐ Mes ☐ Semana # de personas en la familia: _____
☐ Prefiero omitir esa información.

Entered by: _____ Date: _____

¿Por qué pedimos esta información?

Los Centros de Salud Comunitarios Open Door reciben subsidios y fondos federales para apoyar nuestros servicios. Cada año debemos recopilar información sobre las comunidades que servimos para compartir con nuestros financiadores. Al completar este formulario, nos está ayudando a mantener nuestros fondos para que podamos ofrecer más servicios.

Combinamos su información con otras y la informamos en forma resumida. No compartimos ninguna información personal ni informamos datos que puedan usarse para identificarlo.

1. Información sobre usted y dónde vive

Nombre	Fecha de nacimiento	Uso de MRN Office

¿Es usted un veterano? (Marque uno) ☐ Sí ☐ No

¿Cómo describe el lugar dónde vive? (Marque uno)

- ☐ Vive en su propia casa o renta (casa, apartamento o condominio)
- ☐ Vive con otra persona de forma temporal ("por ejemplo, durmiendo en el sofá en la casa de otra persona")
- ☐ Vive en una vivienda de transición (Casa Arcata u otra casa de transición)
- ☐ Vive en algún lugar como parte de un programa o tratamiento (hospital, hotel o motel, cuidado de relevo, programa de tratamiento, cárcel)
- ☐ Vive en un refugio de emergencia
- ☐ Vive desprotegido (en una tienda de campaña, automóvil, alrededor de edificios o puentes)

¿En algún momento de los últimos 12 meses estaba sin un lugar regular para vivir?

(Marque uno) ☐ Sí ☐ No

2. Información sobre las personas en su hogar

Por favor, enumere los nombres y fechas de nacimiento de las personas en su hogar. Su hogar incluye a las personas con las que vive y con las que comparte un ingreso.

Nombre	Fecha de nacimiento	Uso de MRN Office

3. Información sobre los ingresos del hogar

¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de impuestos o deducciones? Esta es la cantidad total ganada por todos los miembros de su hogar, incluyéndolo a usted.

Ejemplos de ingresos (marque todos los que correspondan):

- | | |
|---|---|
| ☐ Salarios o salarios del empleo o del trabajo por cuenta propia | ☐ Pensión alimenticia |
| ☐ Otras ganancias del empleo, como propinas o comisiones | ☐ Pensión o ingresos de jubilación |
| ☐ Manutención de los hijos | ☐ Seguridad social |
| ☐ Manutención conyugal | ☐ Pagos por discapacidad |
| ☐ Cualquier otra fuente de ingreso _____ | ☐ Pagos por desempleo |

Ingreso total del hogar: \$ _____

¿Es este ingreso? (Cheque uno) ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual

4. Elegibilidad para el copago de la escala de descuento de tarifas proporcionales

Según los ingresos de su hogar informados anteriormente, puede ser elegible para un descuento en las tarifas de sus servicios.

Si no reporta ningún ingreso arriba, debe describir su medio actual de manutención y / o situación de vida:

Nos reservamos el derecho de solicitar evidencia de sus ingresos en forma de talones de pago, declaraciones de impuestos u otros documentos para calificar para descuentos.

5. Certificación y firma

Declaro que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que la entrega de información falsa puede hacerme inelegible para servicios con descuento.

Firma _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

SITE _____

Calculated Annual Income _____

Income Verified*: ☐ Yes (Expires 365 days) ☐ No ($\leq 200\%$ FPL-Expires 30days) ☐ No ($> 200\%$ FPL- Expires 365days)

Notified Patient about eligibility screening and application assistance through Open Door Member Services: ☐ Yes

This applicant is: ☐ Eligible for Discount of: ☐ A Scale ☐ B Scale ☐ C Scale ☐ D Scale ☐ \$0 Co-pay**
☐ Not Eligible for Sliding Scale Discount ☐ Patient Declined

**\$0 co-pay requires re-certification by Office Manager at each visit and cannot be applied to family members.

Termination date: _____ Certified by: Signature: _____ Date: _____

Document eligibility for each family member for each account type within registration.

Enter date eligibility begins (the certification date on this sheet) for each eligible account.

Scan form into Documents under FDS – Financial Document, DESC – FPL.

*ROUTE TO MEMBER SERVICES for follow-up assistance: 1) any form for patient eligible for $SFS \leq 200\%$ and not yet verified; and/or 2) any form for patient with no primary coverage (or no coverage other than SFS)

Si esta incierto a responder a una pregunta, por favor informe a su dentista.

5. Mujeres: ¿Está usted embarazada o amamentando? ☐ No ☐ Sí

U. Úlceras de estómago

27. What is the value of the expression $3 \times 4 + 5$?

☒ He leído lo de arriba y he contestado este cuestionario a mi mayor habilidad.

- SOLAMENTE POR EL USO DEL DENTISTA

Review Date: _____ Dentist: _____

5. Otros medicamentos (liste en nuestra forma de medicamentos).....

12. Liste otros problemas o enfermedades:

Open Door's Servicios para Miembros Formulario

¡ASISTENCIA ES GRATIS!

Humboldt:

Teléfono: (707) 269-7073

Fax: (707) 269-7045

Del Norte:

Teléfono: (707) 465-1988

Fax: (707) 465-1987

Nuestro Servicios para Miembros les puede ayudar con:

- Aplicaciones para cobertura o beneficios de cuidado de salud
- Asistencia recursos alimenticios
- Preguntas sobre acceso al cuidado de la salud
- ¡Y Más!

Fecha:

Nombre

Fecha de Nacimiento:

Nombre del padre o guardián (si es aplicable):

Número de teléfono durante el día:

Correo electrónico:

Dirección:

Referred From/
Sitio de Referencia:

- ☐ Mobile Dental
☐ Open Door Site:
☐ Other:

Reconocimiento del paciente de haber recibido la Hoja de Materias Dentales

Yo (nombre del paciente) _____, reconozco que he recibido
de la Clínica Dental de Open Door Community Health Centers una copia de la

Hoja de Materias Dentales con fecha de octubre 2001.

La Firma del paciente: _____ Fecha: _____

El documento siguiente es la Hoja de Materias Dentales de la Junta Odontológica de California. El Departamento de Asuntos del Consumidor no tiene ninguna posición con respecto al asunto de esta Hoja de Materias Dentales y su acoplamiento al website de CDA no constituye un respaldo del contenido de este documento.

Junta Odontológica de California Hoja de Materiales Dentales Adoptada el 17 de octubre 2001

Como requerido por el Capítulo 801 de los Estatutos de 1992, la Junta Odontológica de California ha preparado esta hoja para resumir la información en las materias reconstituyentes dentales más frecuentemente usadas. La información en esta hoja está ofrecida para alentar la discusión entre el paciente y el dentista con respecto a la selección de materias dentales mayor acomodadas par alas necesidades dentales del paciente. No está hecha para ser una guía completa a la ciencia de materias dentales.

Las materias usadas más frecuentemente en el tratamiento reconstituyente dentalson: amalgama, resina compuesta, cemento de crystal del ionomer, cemento de ionomer de resina, porcelana (cerámica) porcelana (fundida al metal), aleaciones de oro (metal noble) y aleaciones de cromo-cobalto o níquel (metal común). Cada material tiene sus propias ventajas y desventajas, beneficios y riesgos. Estos y otros factores pertinentes se comparan en la matriz adjunta, titulada Las Comparaciones de Materias Reconstituyentes Dentales. Un Glosario de terminus usados.

Las declaraciones hechas son sostenidas por investigaciones dentales, creibles y pertinentes, publicadas principalmente entre 1993 y 2001. En algunos casos, donde investigación contemporánea es escasa, hemos indicado nuestras mejores percepciones basadas sobre la información fechada antes del 1993.

Se avisa al lector que el resultado del tratamiento o la durabilidad de una restauración no es unicamente una funcion de la material. La durabilidad de cualquiera restauración es influida por la técnica del dentista al colocar la restauración , las materias ancilares empleadas en el procedimiento, y la cooperación del paciente durante el procedimiento. Después de la restauración de los dientes, la longevidad de la restauración sera influenciada fuertemente por la conformidad de los pacientes con la hygiene dental y el cuidado casero, su dieta y los hábitos de la masticación.

Tanto la profesión pública como la dental se preocupan por la seguridad del tratamiento dental y de cualquier riesgo potencial de salud que se pudiera asociar a los materials usados para restablecer los dientes. Todos los materials usados (y enumerados comunmente en esta joja se han mostrado – por medio de investigación clínica y laboratorio, así como por uso clínico extensor directo – de ser seguros y eficaces para la población en general. La presencia de estas materias en los dientes no causa problemas adversos de la salud para la mayoría de la población. Existen una diversidad de opinions científicas con respecto a la seguridad de las amalgamas dentales del mercurio. La literatura de investigación en diarios científicos revisados sugiere que las mujeres, los niños, y los diabéticos de otra manera sanos no están en el riesgo aumentado por consecuencia de la exposición al mercurio de las amalgamas dentales. Aunque hay varias opinions tocante al riesgo de mercurio en el embarazo, en la diabetes, y en los niños, estas opinions no son científicamente conclusivas y por lo tanto el dentista puede discutir estas opinions con sus pacientes. No hay la evidencia de investigación sugiriendo que las mujeres embarazadas, los diabéticos y los niños están en el riesgo aumentado de la salud debido a rellenos de amalgama en la boca. Un estudio reciente informado en el JADA (Journal of the American Dental Association) especifica una tolerancia reducida (1/50111 del limite de venta especificado por la World Health Organization) para la exposición a calcular la cantidad de mercurio que quizás sea tomado de rellenos dentales. Este nivel cae debajo los limites establecidos para la exposición a una concentración baja de mercurio o cualquier otro componente liberado de una material reconstituyente dental. Así que, mientras estos subconjuntos de la población pueden ser percibidos para estar en el riesgo aumentado de la salud pore star expuestos al reconstituyente dental, la prueba científica no sostiene esta propuesta.

ENERO de 2002

UNA COPIA DE ESTE RECONOCIMIENTO
SERA COLOCADA EN EL ARCHIVO DEL PACIENTE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR LÉA EL AVISO CUIDADOSAMENTE.**

Estamos obligados por ley a proporcionar esta información a todas las personas quienes soliciten y obtengan servicios en Los Centros Comunitarios De Salud De Open Door. Hacemos esto por medio de la publicación de un resumen de este aviso en la recepción de cada uno de nuestros centros de salud y también dando esta notificación en nuestro paquete de información para el paciente. En caso de que nuestras prácticas de privacidad cambien en el futuro, notificaremos a los pacientes con publicar inmediatamente nuestra nueva política y con hacer avisos revisados disponibles a todos los pacientes.

Cómo usamos su información personal

- Le pedimos a cada paciente llenar un formulario para Consentimiento de Tratamiento. Esta autorización nos da permiso para usar y divulgar su información individual para las operaciones comerciales y de atención médica. Esto significa que nos permite compartir su información cuando sea necesario darle atención médica, coordinar sus servicios de salud y obtener el pago de estos servicios.
- Solicitamos de usted sólo la información que necesitamos para el cuidado de su salud y las operaciones comerciales. Esta información incluye su historial de salud e información personal básica. Ejemplos de esto son su dirección, número de teléfono, información de su seguro de salud, número de seguro social e ingresos familiares.
- Limitamos el acceso a su información a aquellos empleados quienes necesiten su información para hacer su trabajo. Por ejemplo, personal de facturación utiliza su información personal para facturar servicios, pero no acceder a su historial de salud personal.
- Compartimos información sobre usted con otras personas quienes participen en el cuidado de su salud. Por ejemplo, enviamos información básica (tales como servicios que usted ha recibido y diagnósticos) a seguros de salud o programas que pagan por los servicios. Otro ejemplo es cuando el médico lo refiere a un especialista. Su proveedor envía secciones relacionadas de su historia clínica personal al especialista. Estos tipos de divulgación de información personal están directamente relacionados con la atención médica que brindamos o coordinamos y se permiten mediante su consentimiento al tratamiento.
- Revelamos algunos datos en situaciones muy específicas que son requeridas por ley, por ejemplo: abuso, violencia o negligencia, o para reportar enfermedades transmisibles.
- Como parte de nuestra administración y programas de mejoramiento de nuestra calidad, agrupamos su información con la de otros pacientes con fines de análisis. Una vez terminado el proceso, su información personal se elimina, obteniendo así un reporte sin información acerca de usted.
- Somos parte de un colaborador del cuidado de la salud llamado OCHIN. Una lista actualizada de miembros de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como socio nuestro, OCHIN nos suministra tecnología informática y servicios relacionados a nosotros y a otros miembros de OCHIN. OCHIN también participa en la evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento en nombre de sus miembros. Por ejemplo, OCHIN coordina la revisión de actividades clínicas en nombre de los miembros participantes. Lo hacen para establecer mejores estándares de práctica y para tener acceso a beneficios médicos de la utilización de sistemas de registro electrónico de la salud. OCHIN también ayuda a los miembros a trabajar juntos para mejorar el manejo de referencias internas y

externas de los pacientes. Podemos compartir su información médica con otros miembros de OCHIN cuando sea necesario para fines de operaciones de atención médica.

- Podemos participar en uno o más intercambios de información de salud (HIEs por sus siglas en Inglés). HIEs puede compartir información médica electrónicamente con propósitos de tratamiento, pagos, y cuidado de salud con otros participantes de HIEs. HIEs le permite a los médicos acceder rápidamente y utilizar información médica necesaria para su tratamiento y otros fines legales. La adición de su información médica en una HIE es voluntaria y usted tiene el derecho de no participar si así lo desea. Sobre cualquier HIEs en las que participamos o cómo puede ejercer su derecho a no optar, puede encontrar toda la información en: <https://www.nchiin.org/Optout.aspx>

¿En que casos necesitamos su permiso para divulgar información?

Cualquier divulgación de información sobre usted que no caiga en las categorías anteriores requiere de usted una autorización por escrito. Se le pedirá completar un formulario de Autorización para Divulgar Información y decirnos exactamente qué secciones de su información podemos divulgar y a quien. Si este formulario no se completa o se corrige, no podemos compartir su información personal.

Sus derechos con respecto a su información personal

Usted tiene ciertos derechos específicos para el control de su información de salud personal. Estos derechos se resumen a continuación. Contamos con políticas y procedimientos con respecto a cada uno de estos elementos. Puede contactar a su proveedor de salud, o aun supervisor de registros médicos, para obtener más información acerca de cualquiera de estos derechos.

- **Derecho a revocar la autorización** - usted tiene el derecho de revocar un formulario de Autorización para Divulgar Información que haya llenado anteriormente.
- **Derecho a solicitar restricciones sobre la revelación** – usted tiene derecho a solicitar que no revelamos todo o parte de su información personal, incluso para el cuidado de la salud y operaciones mencionadas. Como médicos, no estamos obligados a aceptar su petición, y no alentamos cualquier restricción que pudiera impactar el intercambio de información que es importante para mantener su salud. Sin embargo, puede haber situaciones en las que es apropiada tal limitación. Le animamos a discutir esto con su médico quien le proporcionara más información si una restricción es necesaria.
- **Derecho a acceder a sus registros de salud** - usted tiene el derecho de inspeccionar sus registros de salud en presencia de un médico y tener una copia de los registros.
- **Derecho a modificar o corregir sus registros de atención de salud** – usted tiene derecho de proporcionar una adenda escrita para corregir alguna parte de su expediente médico que sienta que es inexacta.
- **Derecho a conocer cómo sus registros han sido revelados** - usted tiene el derecho a recibir una copia del historial de las divulgaciones de sus registros de salud.

Qué hacer si usted sospecha que su privacidad ha sido violada

Animamos a nuestro personal para reportar cualquier violación de privacidad sospechosa, ya sea intencional o no intencional. También le animamos hacer un informe cada vez que sienta que su privacidad ha sido violada. Nadie será víctima de represalias por elaborar un reporte.

Usted puede hacer un informe de las siguientes maneras:

- Teléfono: (707) 826-8633 x 5176
- Fax: (707) 445-0289 Attn: Privacy Officer
- Email: privacyofficer@opendoorhealth.com
- Envíe un reporte escrito a: Open Door Community Health Centers
Attn: Privacy Officer
1275 8th Street
Arcata, CA 95521