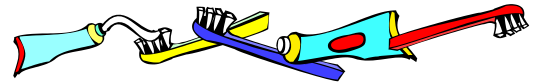


Servicio Dental Móvil

va a visitar su escuela este año escolar 2026-2027



Todos los servicios dentales son proveídos por una
Higienista Dental Registrada de Grace Health

Su niño podría recibir

1. Salud bucal evaluación
2. Barniz de flúor
3. Selladores
4. Limpieza
5. Fluoruro de diamina de plata



Los servicios dentales están
disponibles para todas las personas
que no tienen seguro médico o que
tienen Medicaid. Estos servicios se
brindarán sin costo alguno para
usted.

Por favor complete los formularios de
consentimiento adjuntos y luego devuélvalos
al maestro de su hijo o envíelos por
correo electrónico a
Escanee el código QR a continuación.



*Urgencias dentales fuera del
horario de atención: llame al
269-965-8866 para hablar con una
enfermera*

Antes de que Grace Health año de visita
escuela para recibir servicios dentales,
se enviará un recordatorio a su casa.

Comuníquese con el Coordinador de Odontología Portátil si tiene preguntas o
inquietudes al 269-441-6805

Formulario de Consentimiento Para el Servicio Dental Móvil/portátil

Escuela: _____
Grado: _____
Maestro(a): _____

Este formulario de consentimiento autoriza al personal de Grace Health a brindar servicios dentales.

Por favor complete la información, firme y coloque la fecha en la parte de abajo.

Apellido del niño(a)		Nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento		Sexo		
Dirección			Número de Apt.		Ciudad		Estado		Código postal	
Padre-Madre de Familia / Tutor Legal		Fecha de nacimiento		Número telefónico del hogar ()		Número telefónico de la Madre durante el día ()		Celular de la Madre ()		
Padre-Madre de Familia / Tutor Legal		Fecha de nacimiento		Número telefónico del hogar ()		Número telefónico del Padre durante el día ()		Celular del Padre ()		
Raza		☐ Blanco ☐ Negro / Africano Americano ☐ Asiático ☐ Indio Americano / Nativo de Alaska		☐ Nativo Hawaiano ☐ De otra Isla del Pacífico		☐ Elijo no divulgar ☐ Otra _____				
Etnicidad		☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ No reportado / Elijo no divulgar		Lenguaje		☐ Inglés ☐ Español ☐ Birmano ☐ Otro _____				

El reportar el tamaño anual del hogar y los ingresos es un requisito del gobierno que permitirá a Grace Health seguir recibiendo fondos para brindar servicios especiales a nuestros pacientes. Por favor, apoye estos programas proporcionando la siguiente información:

Número de personas que viven en el hogar: _____ Ingreso total del hogar: _____ Elijo no divulgar: _____

Información Médica

Nombre del Médico de cabecera de mi niño(a):	
Mi niño toma medicamentos ☐ sí / ☐ no Si contestó sí, por favor escriba los nombres de los medicamentos:	
Mi niño tiene: • Alergias..... ☐ sí / ☐ no Si contestó sí, por favor indique cuales: • Asma..... ☐ sí / ☐ no Si contestó sí, ¿necesitará un inhalador para la visita dental?..... ☐ sí / ☐ no • Problemas del corazón tal como válvula artificial del corazón, endocarditis previa, válvulas del corazón dañadas (cicatrizadas), defectos congénitos del corazón, trasplante de corazón ☐ sí / ☐ no	

Información Dental

¿Tiene su niño seguro médico dental? ☐ sí / ☐ no
Compañía de Seguro Médico:
Dentista primario del paciente:
¿Ha tenido su hijo una limpieza en los últimos 6 meses?

Entiendo que, al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento para:

- ▶ Permitir que se realicen servicios dentales en mí o en mi hijo(a). Soy consciente de que estos servicios pueden incluir exámenes (para detectar enfermedades dentales), instrucción sobre salud bucal, barniz de flúor, aplicación de fluoruro de diamina de plata, selladores y limpieza.
- ▶ Permitir que el personal de Grace Health realice los servicios dentales necesarios en mí o en mi hijo(a) desde la Unidad Dental Móvil de Grace Health o desde un área designada dentro de la escuela de mi hijo cuando sea necesario.
- ▶ Permitir que Grace Health entregue los registros dentales de mi hijo a su escuela, si corresponde.
- ▶ Que Grace Health tome/use fotos de mí o de mi hijo durante los servicios dentales con fines educativos/ o de marketing.
- ▶ Realizar voluntariamente servicios dentales, lo que puede afectar los beneficios del seguro mío o de mi hijo, con mi /o su dentista primario.

Por favor comuníquese con el Coordinador de Dental de Grace Health al 269-441-6805 si tiene alguna pregunta.

Urgencias dentales fuera del horario de atención: llame al 269-965-8866 para hablar con una enfermera

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Grace Health. Pude hacer todas las preguntas que tenía sobre la información anterior y recibí respuestas satisfactorias a todas mis preguntas, de una manera que puedo comprender.

(Firma del Padre o Tutor Legal)

(Fecha)

Grace Health Staff Use Only				
Child's Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth	Sex
Date	School			
Teacher		Grade	Chart #	
<i>(please circle or check appropriate box)</i> Screening – Oral Hygiene Assessment ☐ Excellent: no plaque or food debris / no inflammation ☐ Good: slight plaque and food debris / slight gingival inflammation ☐ Fair: moderate plaque and food debris / moderate inflammation observed ☐ Poor: heavy plaque and food debris / significant inflammation observed Caries Risk Assessment ☐ Low ☐ Moderate ☐ High Patient experiencing dental symptoms and/or exhibits apparent pathology ☐ No ☐ Yes – Comments _____ _____ _____ Patient sees dentist regularly ☐ Yes ☐ No Prophylaxis ☐ Yes ☐ No Fluoride Varnish Application ☐ Yes ☐ No Sealants – tooth number(s) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 30 ☐ 31 Sealants – retention check 2 ☐ Yes ☐ No 3 ☐ Yes ☐ No 14 ☐ Yes ☐ No 15 ☐ Yes ☐ No 18 ☐ Yes ☐ No 19 ☐ Yes ☐ No 30 ☐ Yes ☐ No 31 ☐ Yes ☐ No Comments: _____ _____ Hygienist Signature: _____				

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FLUORURO DE DIAMINA DE PLATA

Datos a tener en cuenta:

- El fluoruro de diamina de plata (SDF) es un líquido que ayuda a detener la caries dentales. El SDF se puede aplicar cada 3, 6 o 12 meses.
- Se puede aplicar una pequeña cantidad de SDF en la zona del diente cariado.
- Después de la aplicación del SDF, no comer ni beber durante 30 minutos.



Beneficios de recibir SDF:

- Ayuda a detener la caries.
- Rápido.
- No es necesario anestesiarse ni perforar los dientes.
- No duele.

Imágenes de manchas causadas por SDF



Riesgos de recibir SDF:

- La zona afectada se manchará de negro de forma permanente. Esto significa que el SDF está funcionando.
- Los empastes y coronas de color del diente pueden decolorarse si se les aplica SDF. Las estructuras dentales sanas no se mancharán.
- Si se aplica accidentalmente sobre la piel o las encías, puede aparecer una mancha marrón o blanca que no causa daño, no se va al lavarse y desaparecerá en una a cuatro semanas.
- Puede manchar la ropa de forma permanente.
- Puede que no detenga la carie. Es posible que sea necesario aplicar más SDF otro día.
- Después del tratamiento con SDF, es posible que aún se necesite un empaste o una corona.
- No todas las caries se pueden tratar con SDF.

Riesgo si no se trata:

- Si la carie NO se trata, puede empeorar y usted podría perder el diente o necesitar más trabajo dental para salvarlo. Si no se trata, puede sufrir dolor de diente o muela o una afección potencialmente mortal.

No debo recibir tratamiento con SDF si:

- 1) Soy alérgico a la plata
- 2) Tengo llagas dolorosas o áreas en carne viva en mis encías o en cualquier otra parte de mi boca.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. TODAS MIS PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO, INCLUYENDO LOS BENEFICIOS, EFECTOS SECUNDARIOS Y RIESGOS, FUERON RESPONDIDAS.

Doy consentimiento y autorizo Grace Health utilizar fluoruro de diamina de plata para ayudar a detener las caries dentales.

Nombre del paciente: _____

Nombre del Padre o tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe la manera en que su información de salud puede ser usada o revelada y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Nosotros creamos un registro de todos los servicios médicos, farmacia o dentales que usted recibe en Grace Health. Este registro contiene información acerca de sus síntomas, análisis, resultados de exámenes, rayos x, diagnósticos, tratamiento, nuestro plan para cuidado futuro y los servicios que nosotros hemos proveído.

En Grace Health respetamos a nuestros pacientes y su información personal. Nos comprometemos a proteger la privacidad de los expedientes de nuestros pacientes. También estamos obligados por las leyes estatales y federales a mantener la privacidad de la información médica protegida.

Uno de los requisitos de las Reglas de privacidad federales es proporcionar a los pacientes un Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso explica cómo podemos usar su información de paciente y cómo se puede divulgar a otros. También explica sus derechos y algunas de nuestras obligaciones legales con respecto a sus registros de salud.

Usos y divulgaciones de información de salud

Los empleados de Grace Health pueden usar o divulgar su información de paciente para brindar tratamiento, obtener pagos y/o llevar a cabo operaciones de atención médica, que pueden incluir tecnologías de inteligencia artificial (IA).

Tratamiento: Su información de paciente es utilizada por las personas que lo atienden en nuestra oficina. También podemos compartir información con otras personas que nos ayudan a brindarle tratamiento, como un médico especialista, un hospital, un laboratorio o una farmacia.

Pago: La información de su paciente puede usarse cuando facturamos y cobramos el pago por el tratamiento y los servicios que recibe. Podemos comunicarnos con su compañía de seguros para verificar la cobertura y podemos compartir la información con ellos para obtener el pago de los servicios que hemos brindado o para solicitar autorización para el tratamiento. La información puede ser divulgada a nuestra agencia de cobro en caso de falta de pago de los servicios.

Operaciones: Podemos usar su información de salud mientras operamos y administramos nuestra práctica y para asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad. Esto incluye el uso de la información del paciente para evaluar el desempeño de nuestro personal, encontrar formas de ser más eficientes y decidir qué servicios ofrecer. Cuando la información se comparte con otras personas que brindan servicios comerciales para nuestra organización, también se les exige que protejan la privacidad de la información de nuestros pacientes.

Registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD): Si recibimos registros de un programa regulado por la Parte 2 (proveedor de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias), solo utilizaremos o compartiremos dichos registros según lo permitido por la ley federal (42 CFR Parte 2) y la HIPAA. Estos registros pueden utilizarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y no pueden compartirse ni utilizarse en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial que cumpla con los requisitos de la Parte 2. Cualquier persona que reciba registros de SUD tiene prohibido compartirlos nuevamente, a menos que lo permita la ley o cuente con una autorización por escrito.

Recordatorio de citas y dejando mensajes: Nosotros podríamos comunicarnos con usted o dejarle un mensaje en su correo de voz o con algún miembro de su casa para recordarle de su cita. También podríamos dejar mensajes en cuanto al estatus de servicios que proveemos para usted o para solicitar que nos llame de vuelta.

Mensajes de texto: Si comparte su número de teléfono celular con nosotros, es posible que le enviemos recordatorios de citas y alertas de pago en mensajes de texto. También podemos enviarle información sobre pruebas, citas y otros procedimientos que le correspondan. La mensajería de texto es opcional, por lo que puede optar por no participar en cualquier momento.

Otra comunicación electrónica: Podemos enviar o recibir mensajes de forma segura a través del Portal del paciente u otras plataformas electrónicas.

Alternativas de tratamiento: Podemos informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: Usted tiene derecho a cancelar la recepción de cualquier comunicación relacionada con la recaudación de fondos. Las instrucciones para cancelar la suscripción se proporcionarán en cada mensaje de recaudación de fondos.

Situaciones de emergencia: En el caso de una emergencia médica, su información puede divulgarse sin obtener autorización firmada para evitar demoras en el tratamiento. Es posible que no podamos cumplir con las restricciones normales de uso o divulgación si se requiere un tratamiento de emergencia. Podemos notificar a sus familiares, cuidadores y/o amigos cercanos en caso de una emergencia médica o si usted está incapacitado. También podemos compartir información relacionada con su participación de cuidado médico basado en nuestro juicio profesional si determinamos que es lo mejor para usted.

Divulgaciones permitidas por la ley – podemos divulgar información sobre usted sin su permiso si la ley lo permite o lo requiere. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Registros de vacunas: los registros de vacunas se informarán al Registro de mejora de la atención de Michigan (MCIR).
- Autoridades de salud pública – divulgaremos información al departamento de salud de su condado si tiene una de las enfermedades transmisibles que deben informarse según la ley de Michigan. La información puede ser reportada a agencias estatales o federales con respecto a la prevención o el control de enfermedades, lesiones en el lugar de trabajo y eventos adversos relacionados con alimentos o productos médicos.
- Informes de sustancias controladas – si nuestra farmacia dispensa una sustancia controlada, informaremos todos los detalles de la receta y su identificación emitida por el gobierno al estado de Michigan.
- Orden judicial – divulgaremos cualquier información solicitada en una orden judicial o una citación emitida por un funcionario de los tribunales.
- Información confidencial del menor – si usted es un menor que busca su propio cuidado según lo permite la ley, podemos comunicarnos con sus padres con información sobre su condición si un proveedor de atención médica determina que es médicamente necesario. Sus padres también pueden tomar conocimiento del tratamiento si son responsables del pago de los servicios.
- Abuso o negligencia – Informaremos los casos de sospecha de abuso o negligencia a los Servicios de Protección Infantil o a los Servicios de Protección de Adultos según lo exija la ley.
- Abuso doméstico – denunciaremos los casos de abuso doméstico a las autoridades según lo exige la ley.
- Cumplimiento de la ley – podemos divulgar información a las fuerzas del orden según sea necesario para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad o para localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida. Podemos divulgar información a las fuerzas del orden público para la investigación de actividades ilegales que involucren sustancias controladas.
- Expedientes dentales – los expedientes dentales pueden divulgarse a las fuerzas del orden público para identificar a una persona fallecida o desaparecida.
- Pacientes fallecidos – la información sobre pacientes fallecidos se puede divulgar al médico forense, al director de la funeraria o a una junta de revisión institucional, como la Revisión de mortalidad infantil y fetal.

Socios de salud integrados - Integrated Health Partners (IHP): Somos miembros de esta organización de médicos hospitalarios cuyas actividades incluyen el apoyo a los seguros médicos, la mejora de la calidad y una colaboración comunitaria para enfermedades crónicas y gestión de casos. Su información puede compartirse con el personal de IHP y los proveedores asociados para esos fines.

Intercambio de información de salud: Otras organizaciones de atención médica que le brindan atención y servicios de extracción de registros clínicos que brindan información a su compañía de seguros pueden ver sus registros de salud electrónicamente. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si desea excluirse de este intercambio electrónico.

Grabación de video: Con su consentimiento firmado, su cita médica con un residente puede grabarse con fines educativos.

Otros usos y revelaciones: Obtendremos una autorización por escrito de usted o de su representante legal para cualquier uso o divulgación que no se describa anteriormente, no esté permitido por la ley o no esté relacionado con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Puede revocar una autorización previamente hecha mediante notificación por escrito.

Notificación de infracción: Haremos todo lo posible para proteger la privacidad de su información de salud. Le notificaremos por correo sobre una violación de la confidencialidad.

Derechos del Paciente

Tiene los siguientes derechos con respecto a sus registros médicos, dentales o de farmacia:

- Derecho a solicitar restricciones en usos o divulgaciones: tiene derecho a solicitar que establezcamos limitaciones en nuestro uso o divulgación de su información de paciente. Tenemos derecho a optar por no aceptar la restricción solicitada.
- Derecho de recibir comunicaciones confidenciales – Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros usemos métodos alternos para comunicarnos con usted. Nosotros tenemos el derecho de no estar de acuerdo con su solicitud.
- Derecho a inspeccionar y copiar – tiene derecho a programar una cita para revisar sus registros de salud. También puede solicitar recibir una copia de sus registros a un precio razonable. Podrá solicitar que los registros se proporcionen en formato electrónico.
- Derecho a enmendar – tiene derecho a agregar una declaración escrita a sus registros para aclarar o corregir la información dentro de su historial.
- Derecho a recibir un informe de las divulgaciones – tiene derecho a solicitar una lista de todas las divulgaciones realizadas sin su autorización por escrito que no se realizaron con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Derecho a restringir las divulgaciones al plan de salud – si paga la totalidad de los servicios, puede solicitar que la información sobre esas visitas no se proporcione a su plan de seguro de salud.

Cambios a este aviso

Nosotros reservamos el derecho de revisar este aviso cuando haya habido un cambio material en nuestras prácticas de privacidad. Nosotros cumpliremos con los términos del aviso actualmente en efecto. La versión actual del aviso será publicada en Grace Health y en nuestro sitio web www.gracehealthmi.org. Usted puede contactarnos para recibir una copia por escrito.

Preguntas o quejas

Si tiene preguntas sobre este aviso o las prácticas de privacidad de Grace Health, comuníquese con nuestro oficial de privacidad al (269) 965-8866. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted no será objeto de represalias por presentar una queja.

