



Basado en la Escuela Programa Dental

Bridging Brighter Smiles (ofrece servicios de prevención dental en las escuelas para estudiantes desde Pre-K hasta 12 grado. En promedio, el servicio es dado a los estudiantes participantes dos o tres veces por año escolar.

El programa Bridging Brighter Smiles ofrece:

Examen Oral

Limpieza

Aplicador de Flúor (decaimiento prevención)

Selladores (cavidad prevención)

Educación para la Salud Dental

Referencia de Ayuda

Para participar en el programa, por favor complete el formulario adjunto (una página) y devuélvela a la escuela, o envíelo al fax 262-347-4449, o escaneelo y envíelo por correo electrónico (email) a la dirección: wecare@bbsmiles.org.

Forward Health (BadgerCare) acepta tarjetas de credito!

(No aceptamos seguros dentales privados)

**Visítenos en la web en
www.bridgingbrightersmiles.org**



Información sobre la cobertura

Forward Health (BadgerCare) acepta tarjetas de credito

El tratamiento del cuidado oral preventivo inicial y constante, tiene cobertura para los estudiantes con la tarjeta Forward Health (BadgerCare).

No Forward Health (BadgerCare) Tarjeta

Examen Oral	\$15.00
Limpieza	\$32.00
Aplicación de Fluoruro	\$18.00
Selladores	\$25.00/Diente

*Tarifas estan sujetas a cambio sin previo aviso.

Su dependiente recibirá un exámen oral, una limpieza y un aplicador de flúor, cada 6 meses en promedio. Por favor haganos saber si usted prefiere que este servicio sea proporcionado anualmente en ves de cada 6 meses. Antes de la aplicación del sellador, usted será contactado por el coordinador de Bridging Brighter Smiles para obtener su previa autorización.

Cuestión? Call (262) 896-9891
www.bridgingbrightersmiles.org



Nombre de la Escuela : _____

Inscripción del Estudiante

Sí, por favor inscriba a mi niño.

Primer Nombre: _____ Apellido : _____ Segundo : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza: Blanco Hispano Negro Asiático Natrivo Americano Otro: _____ (Opcional)

Tipo de seguro dental: BadgerCare/Forward Health Sin seguro Otro

Primer Nombre del Padre/Guardián: _____ Apellido: _____

Teléfono Principal Diurno : _____ Correo Electrónico : _____

Dirección de la Calle: _____

Ciudad Estado Código Postal : _____

Historia de la Salud del Estudiante

En caso afirmativo, por favor explique, sea específico.

¿Tiene alguna alergia su niño? (Bridging Brighter Smiles no usa Latex): _____ YES NO

¿A su niño le han diagnosticado alguna discapacidad física o mental? _____ YES NO

¿Su niño usa alguna medicina recetada por un doctor? _____ YES NO

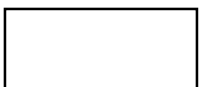
AUTORIZACIÓN

Yo entiendo que al firmar este formulario, se le va a proporcionar tratamiento y cuidado oral preventivo a mi niño. Este tratamiento empieza de ahora en adelante, y tiene una duración de dos años. Yo tengo el derecho de finalizar el tratamiento en cualquier momento por medio de una petición escrita. Yo autorizo a BadgerCare/Medicaid hacer los pagos de seguro por los servicios proporcionados por Bridging Brighter Smiles y estoy de acuerdo en pagar cualquier otro sobrepago que no este cubierto o incluido por BadgerCare/Medicaid. Si mi niño no esta asegurado por medio del seguro de BadgerCare/Medicaid, yo estoy de acuerdo en pagar los montos establecidos por los servicios proporcionados.



Firma de los Padres/Guardián: _____ Fecha: _____

Mad ambos cuadros:



Reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia de la Noticia de Practicas de Privacidad de Bridging Brighter Smiles, Inc. Entiendo que puedo obtener una copia de la Noticia de Practicas de Privacidad en el sitio de web de Bridging Brighter Smiles, Inc en http://bridgingbrightersmiles.org/forms/, o por contactando la coordinadora de visita en alguna escuela lugar donde los servicios de Bridging Brighter Smiles, Inc se proporcionan.

Se le recomienda encarecidamente que usted busque un lugar de servicios dentales personales (dentista de la familia) para el cuidado dental de rutina, incluyendo cualquier seguimiento del tratamiento que podría ser recomendado después de que su hijo haya completado este programa escolar de salud oral.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE UD. PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

Fecha Efectiva: 18 junio de 2018

PROPÓSITO:

Brighter Smiles, Inc. (“Bridging Brighter Smiles”) es requerido por ley de mantener la privacidad de su información de salud de acuerdo con la ley federal y estatal. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad (“Notificación”) describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a la información de salud. Somos requeridos por ley a otorgarle una copia de esta Notificación y de notificarlo después de que haya una falla de su información de salud que no está asegurada.

Cumpliremos con los términos de esta Notificación. Reservamos el derecho de hacer cambios a esta Notificación como se permite la ley. Reservamos el derecho de hacer las provisiones efectivas para esta nueva Notificación para toda la información que actualmente mantenemos, así como cualquiera información de salud recibimos en el futuro. Si hacemos cambios importantes o de los materiales a nuestras prácticas de privacidad, revisaremos rápidamente nuestra Notificación. Cada versión de la Notificación tendrá una fecha efectiva enumerada en la primera página. Si cambiamos esta Notificación, puede acceder la Notificación revisada en nuestro sitio web (<http://bridgingbrightersmiles.org/forms/>) o por contactarse con el coordinador de visita en cualquiera sede escolar donde Bridging Brighter Smiles provee cuidado.

USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Las siguientes categorías describen las maneras que podemos usar y revelar su información de salud sin su autorización escrita.

Tratamiento. Podemos usar y revelar su información de salud para proveerlo con tratamiento médico y servicios. Por ejemplo, su información de salud puede ser revelada a médicos, enfermeras (incluyendo enfermeras de escuelas) u otro proveedores de cuidado médico que están involucrados en su cuidado para que puedan coordinar o manejar los servicios de su atención médica o a facilitar las consultas o referencias como parte de su tratamiento.

Pago. Podemos usar y revelar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le proveemos. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud para conseguir pago del programa de Forward Health (BadgerCare) de Wisconsin.

Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y revelar su información de salud para hacer ciertas actividades de negocio, que se llaman operaciones de atención médica. Estos usos y revelaciones son necesarios para operar nuestro negocio y asegurar que nuestros pacientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para actividades de asesoría de calidad, actividades generales administrativas y para otras actividades esenciales. Podemos también revelar su información de salud a tercera parte “asociados de negocio” que desempeñan varios servicios de parte de nosotros, tales como facturación y servicios de IT. En estos casos, entraremos en un acuerdo escrito con los asociados de negocio para asegurar que protejan la privacidad de su información de salud.

Familiares y Amigos para Cuidado y Pagos y Notificación. Si acuerda verbalmente al uso o la revelación y en ciertas otras situaciones, podemos hacer los siguientes usos y revelaciones de su información de salud. Podemos revelar cierta información de salud a su familia, amigos o cualquier otra persona de la cual Ud. identifique que esté involucrado en su atención médica o quien ayuda a pagar para su cuidado; la información de salud que revelamos sería limitada a la información de salud que es relevante a la involucración de esa persona en su cuidado o en los pagos para su cuidado. Podemos usar o revelar su información para notificar o ayudar en notificar un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable para su cuidado con respeto a su ubicación, condición general o muerte. También podemos usar o revelar su información de salud a organizaciones de ayuda de catástrofes para que su familia u otras personas responsables para su cuidado puedan ser notificadas acerca de su condición, estado o ubicación.

Requerido por La Ley. Podemos revelar su información de salud cuando la ley lo requiere.

Informar al Salud Público. Podemos revelar su información de salud a agencias de salud público como la ley lo autorice. Por ejemplo, podemos reportar ciertas enfermedades transmisibles al departamento estatal de salud público.

Informar las Víctimas de Abuso o Negligencia. Podemos revelar información de salud a la autoridad apropiada del gobierno si creamos que Ud. ha sido la víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo hacemos esta revelación si Ud. está de acuerdo o cuando seamos requerido o autorizados por la ley de hacer la revelación.

Supervisión de Atención Médica. Podemos revelar su información de salud a las autoridades y agencias para las actividades de supervisión que se permiten la ley, incluyendo auditorías, investigaciones, inspecciones, acciones de licencia y disciplinarias o procedimientos civiles, administrativos y criminales, como sean necesarios para la supervisión del sistema de atención médica, programas del gobierno y las leyes de los derechos civiles.

Procedimientos Legales. Podemos revelar su información de salud de acuerdo con una orden judicial si Ud. está involucrado en un procedimiento legal. Bajo la mayoría de la circunstancias cuando se hace la petición por medio de una citación válida, una petición de descubrimiento o involucra otro tipo de una orden administrativa, su autorización será obtenido antes de que se permita la revelación.

Fuerzas Policiales. Podemos revelar su información de salud a un oficial de las fuerzas policiales para ciertos propósitos específicos tales como reportar ciertos tipos de lesiones.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos revelar su información de salud a investigadores que están realizando un proyecto específico de investigación. Para ciertas actividades de investigación, un Institutional Review Board (IRB / Consejo de Revisión Institucional) o Privacy Board (Consejo de Privacidad) puede aprobar el uso y revelación de su información de salud sin tener su autorización.

Para Evitar una Amenaza Seria a Salud o Seguridad. Si hay una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona, podemos usar y revelar su información de salud en una manera bien limitada a alguien que sea capaz de ayudar a minimizar la amenaza.

Favor de ser consciente que otros leyes estatales y federales pueden tener requisitos adicionales que debemos seguir o puedan ser más restrictivos que HIPAA en cómo usamos y revelamos su información de salud. Si no hay más requisitos restrictivos más específicos, incluso para algunos de los propósitos enumerados anteriormente, podemos no revelar su información de salud sin su permiso escrito como se requieren esas leyes. Por ejemplo, podemos ser requerido por ley a obtener su permiso escrito para usar y revelar su información relacionada a tratamiento para una enfermedad mental, discapacidad de desarrollo o abuso de alcohol o drogas.

OTROS USOS Y REVELACIONES

Revelación de su información de salud o su uso para cualquier otro propósito además de los que están enumerados anteriormente requiere su específica autorización escrita. Algunos ejemplos son:

- Marketing: No usaremos o revelaremos su información de salud para los propósitos de marketing sin su autorización escrita excepto cuando la ley lo permita.
- Venta de Su Información de Salud: No venderemos su información de salud sin su autorización escrita excepto cuando la ley lo permita.

Si cambia su decisión después de autorizar el uso o revelación de información de salud, puede retirar su permiso por revocar la autorización. Sin embargo, su decisión a revocar la autorización no afectará o anulará cualquier uso o revelación de su información de salud que ocurrió antes de que Ud. nos notificara de su decisión, u otras acciones que tomemos basado en su autorización. Para revocar una autorización, hay que notificarnos por escrito en, Bridging Brighter Smiles, Attention: Privacy Officer, 711 West Moreland Blvd, Suite 204, Waukesha, WI 53188.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Esta sección describe sus derechos sobre la información de salud que mantenemos sobre Ud. Todas las solicitudes o comunicaciones para que ejerzamos sus derechos abajo tiene que ser sometidas por escrito a, Bridging Brighter Smiles, Attention: Privacy Officer, 711 West Moreland Blvd, Suite 204, Waukesha, WI 53188.

Derecho a Pedir Restricciones. Ud. tiene el derecho de pedir restricciones en cómo su información de salud esté usada o revelada para tratamiento, pago o actividades de operaciones de atención médica. Sin embargo, no somos requeridos de acordar a su restricción solicitada, a pesar de que esa restricción sea sobre la revelación de información a su compañía de seguro de salud y: (1) la revelación es para el propósito de realizar un pago u operaciones de atención médica y no es requerido por ley; y (2) la información de salud pertenece solamente a un artículo de atención médica o servicio del cual Ud. u otra persona (aparte de su compañía de seguro médico) pagó por completo. Si acordemos a su restricción solicitada, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite la información para proveerlo con tratamiento de emergencia.

Derecho de Pedir Comunicaciones Confidenciales. Ud. tiene el derecho de pedir que comuniquemos su información de salud a Ud. en una cierta manera en un cierto lugar. Por ejemplo, puede preferir a recibir información de su estado de salud por medio de una carta escrita enviada a una dirección privada. Aprobaremos solicitudes razonables. No le pediremos la razón para su solicitud.

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Ud. tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su información de salud. Podemos cobrarlo como se permite la ley para cumplir con su solicitud. Ud. puede pedir acceso a su información de salud en una cierta forma y formato electrónico, si es que sea producible fácilmente, o si no sea producible fácilmente, en una forma y formato electrónico que sea acordado mutuamente. Más encima, Ud. puede pedir por escrito que transmitamos dicha copia a cualquier persona o entidad que Ud. designe. Su solicitud escrita y firmada debe identificar claramente dicha persona o entidad designada y dónde queremos que mandemos la copia.

Podemos negar su solicitud a inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si le niegue acceso a su información de salud, Ud. puede pedir que la negación sea revisado por un profesional licenciado de atención médica elegido por nosotros. La persona que hace la revisión no será la persona que negó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a Enmendar. Ud. tiene el derecho de pedir que enmendemos o corrijamos su información médica que Ud. cree que es incorrecto o incompleto. Por ejemplo, si su fecha de nacimiento es incorrecta, Ud. puede pedir que la información esté corregida. Para pedir una corrección o enmienda de su información de salud, debe hacer su solicitud por escrito y proveer una razón para su solicitud. Ud. tiene el derecho de pedir una enmienda tan largo como la información esté guardada por o para nosotros. Bajo ciertas circunstancias, podemos negar su solicitud. Si su solicitud esté negada, le proveeremos con información acerca de nuestra negación y cómo Ud. puede archivar una declaración escrita de desacuerdo con nosotros que será parte de su expediente médico.

Derecho a una Contabilidad de la Revelaciones. Ud. tiene el derecho de pedir una contabilidad de las revelaciones que hacemos de su información de salud. Favor de anotar que ciertas revelaciones no necesitan ser incluidos en la contabilidad que le proveemos. Su solicitud debe incluir un periodo de tiempo que no puede empezar más de seis años atrás. No será cobrado para esta contabilidad a menos que pida más que una contabilidad por año, en cuyo caso podemos cobrarle un horario basado en un costo razonable por proveer la contabilidad adicional. Le notificaremos de los costos involucrados y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de que cualquier costo esté incurrido.

Derechos a una Copia de Papel de Esta Notificación. Ud. tiene el derecho de recibir una copia de papel de esta Notificación en cualquier momento, incluso si Ud. acordó anteriormente de recibir esta Notificación electrónicamente. Se puede obtener una copia de papel de esta Notificación del coordinador de visita en cualquier sede escolar donde Bridging Brighter Smiles provee cuidado. También está disponible en nuestro sitio web en <http://bridgingbrightersmiles.org/forms/>.

QUEJAS

Ud. tiene el derecho de archivar una queja si Ud. cree que le violaron sus derechos de privacidad. Si le gustaría archivar un queja sobre nuestras prácticas de privacidad, lo puedo hacer por mandar una carta detallando sus preocupaciones a: Bridging Brighter Smiles, Attention: Privacy Officer, 711 West Moreland Blvd, Suite 204, Waukesha, WI 53188 o por contactar nuestro Privacy Officer (Oficial de Privacidad) al 262-896-9891. También Ud. tiene el derecho de hacer una queja con el Secretary of the United States Department of Health and Human Services (El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). No será penalizado o sufrir represalias por archivar una queja.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre sus derechos de privacidad contenidos en esta Notificación, favor de contactarse al Oficial de Privacidad de Bridging Brighter Smiles al 252-896-9891.