



Scan the code
with your
phone.



THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL! Get In-School Dental Care At No Cost* To You.

EASY & CONVENIENT—A state licensed dentist will regularly check your child's mouth and teeth, as well as provide a cleaning, x-rays as necessary, fluoride treatment and apply sealants, as needed. Additional care, such as fillings, may also be provided. A dental report card will be sent home with your child. Permission includes initial dental care & follow-up visits.

* For patients covered by Medicaid, Medicaid Healthy Kids or MICHILD



☒ **YES, I would like my child to be seen by the in-school dentist AT NO COST TO ME*.**

Child's Legal Name	Birth Date	Male/ Female
Address	City	State
School	Teacher	Grade
Parent/ Guardian Name	Phone	
Email	Alt. Phone	
Emergency Contact Name (if different from above)	Phone	Relation to Child

IMPORTANT HEALTH QUESTION

DOES YOUR CHILD HAVE ANY PAST OR PRESENT MEDICAL CONDITIONS, DISABILITIES, BEHAVIOR OR OTHER PROBLEMS? PLEASE CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD AND EXPLAIN IN THE SPACE PROVIDED. ATTACH ADDITIONAL INFORMATION TO THIS FORM AS NEEDED. **IF NO CONDITIONS APPLY, LEAVE BLANK.**

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Active contagious diseases
(including COVID-19) | ☐ Allergies-foods/seasonal | ☐ Bleeding disorders | ☐ Diabetes | ☐ Kidney disease |
| ☐ Asthma | ☐ Allergies-medications | ☐ Breathing problems | ☐ Heart problems | ☐ Liver disease |
| ☐ Other _____ | ☐ Behavior problems | ☐ Dental problems | ☐ Immune disorders | ☐ Seizures |
| ☐ Explain _____ | | | | |

☐ Antibiotic pre-medication required before treatment. If checked, list condition _____

List current medications and/or dental concerns: _____

If your child has seen a dentist in the past 12 months, please provide the dentist's or practice's name and address. _____ Date of last visit _____

☐ MY CHILD HAS MEDICAID, MEDICAID HEALTHY KIDS OR MICHILD

Circle one of the following: BCBS Healthy Kids, Delta Dental Healthy Kids, Medicaid

Enter Child's 10-digit Medicaid Recipient ID Number HERE:

OR Child's Social Security # (if available) - -

☐ MY CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE

Ins. Company Name (not Medicaid)	Ins. Phone	Group #
Employer Name	Co. Phone	
Insured Adult Name	Insured Adult Birthdate	
Member ID/Policy #	INSURED ADULT SS#	

If you have private dental insurance, you will be billed for and agree to pay any deductibles and/or co pays. If your child sees a dentist regularly, and you want to continue care with that dentist please do so.

I understand and authorize Michigan Dental Outreach, P.C. (Provider), its affiliated dentists or dental hygienists, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian, including an exam, oral hygiene instruction, cleaning, fluoride, sealants, x-rays and the application of Silver Diamine Fluoride as needed. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color. SEE BACK FOR DETAILS.) I also authorize any other dental work such as fillings, crowns, extractions of problem baby teeth, performing a pulpotomy (baby tooth nerve treatment), numbing the mouth and other procedures as needed. I understand that, at any time, I may choose for my child to receive care from their dental home rather than from Provider. Further, I agree that the dental provider may release data as necessary for the purpose of public health activities and reporting to the MDHHS Oral Health Program. I release Detroit Public Schools Community District (DPSCD) from any and all claims, losses, damages, injuries and liabilities and waive all rights, as it relates to DPSCD, in connection with the provision of services to my child. I have read the IMPORTANT HEALTH QUESTION above and will report any significant changes in my child's health to 855-481-8639. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS PAGE and understand and agree to its terms.



Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

This consent authorizes the initial and future dental visits.

QUESTIONS: 855-481-8639 **FAX:** 888-330-4331 **AFTER HOURS:** 800-964-7820 **Visit us at:** mibledentists.com

Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director
Michigan Dental Outreach, P.C., 33533 W. Twelve Mile Road, Ste. 150, Farmington Hills, MI 48331
© Michigan Dental Outreach, P.C., 2023

For your privacy, please fold and secure.

3200

MI-DPS-016V1-PDF

IMPORTANT NOTICE AND CONSENT

I understand and authorize Michigan Dental Outreach, P.C. (Provider) and its affiliated dentists or dental hygienists to provide the following services to the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam & oral hygiene instruction, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants, as well as the application of Silver Diamine Fluoride to treat the progression of tooth decay. I authorize the dentist to fill any cavities or to place a crown over the tooth, extract any problem baby teeth, perform a pulpotomy (baby tooth nerve treatment), place space maintainers or perform other dental treatments as needed. I understand that there are risks to dental treatment including swelling or pain that may occur from the treatment or injection of a local anesthetic, or allergic reaction. (For additional information regarding the risks of treatment and treatment alternatives, please call the number provided.) I understand that a portion of my child's dental examination may be performed remotely and that clinical information (such as x-rays) may be collected and sent electronically to another site for the dentist's evaluation. I consent to these teledentistry services and understand that while confidentiality protections apply, the use of third party electronic transmissions may present additional privacy risks. I understand that I have the right to access medical information related to teledentistry services. I authorize and direct Provider to bill and collect payment from any Medicaid, insurance, or other payer. I authorize my child's school to make available to Provider and its billing agent my child's insurance information in order to bill payer for services. If I have private dental insurance, I will be billed for and agree to pay any deductibles and/or co pays. Treatment by Provider may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. I consent to the Provider sending text messages about the school dental program. I acknowledge that text messaging is not a secure form of communication and presents additional privacy risks. (Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, reply "STOP" to any message received from us. You also agree to receive pre-recorded and/or auto-dialed telephone calls relating to the school dental program at the land-line and/or mobile telephone numbers provided on this consent form.) I have received the Notice of Privacy Practices (NPP) attached to this form and consent to the release of my child's medical record information, including records obtained from other providers, and any HIV/AIDS, communicable disease, sexually transmitted disease, drug and alcohol, and anemia information. I authorize release of such information by Provider to any responsible payor and/or administrative service provider and their subcontractors for use and disclosure relating to my child's treatment, payment for services and health care operation purposes. This signed consent authorizes my child's initial and future dental visits. I may withdraw this consent at any time in writing.

Silver Diamine Fluoride (SDF) - A new dental treatment to fight cavities

BENEFITS OF SDF: Dental cavities are common in children, but now our dentists have a safe, painless alternative to traditional cavity drilling procedures called silver diamine fluoride (SDF). SDF is an FDA-approved antibiotic liquid used to help prevent cavities from forming, growing, or spreading to other teeth. The dentist simply brushes SDF on back teeth only.

Alternatives

- No treatment: The tooth may continue to decay and cause pain.
- Other options: fluoride varnish, a filling or crown, or extraction of the tooth.

Risks

- SDF treatment may not eliminate the need for a traditional filling.
- It's normal for SDF to stain the cavity brown or black—it means it's working.
- The healthy parts of the tooth will not be stained.
- SDF can cause temporary staining if it comes into contact with skin. The stain is harmless and should disappear in less than a week.
- SDF may cause a temporary metallic taste.



Cavity



SDF applied

Questions? Call one of our care coordinators at 855-481-8639.

KEEP FOR YOUR RECORDS

ELLIOT P. SCHLANG, DDS, – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

Sadiya Ahsan, DDS, Roxann Baker, DDS, Brian Balaze, DDS, Kais Dardar, DDS, Ronald DeVuyst, DDS, Ridge Downs, DDS, Nermene Elnabity, DDS, Michael Guest, DDS, Binh Ha, DDS, Albert Kaspor, DDS, Taryne Kavanagh, DMD, Debra Kennedy, DDS, Patricia Mack, DDS, Aimee Matthews, DDS, Lucy Opris, DDS, Solomon Pesis, DDS, Elizabeth Phillips, DDS, Rubayat Rashid, DDS, Julia Rosenfield, DDS, Elliot Schlang, DDS, Michelle Szewczyk, DDS, Lauren Trancik, DDS, Deirdre Young, DDS

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. KEEP FOR YOUR RECORDS

OUR LEGAL DUTY

The privacy of your medical information is important to us. We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. We will notify you if your unsecured medical information is breached.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available upon request.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

Treatment: We may use or disclose your health information to a physician, school nurse/healthcare coordinator, or other healthcare provider providing treatment to you.

Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

Healthcare Operations: We may use and disclose your health information in connection with our business operations such as reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals and evaluating practitioner and provider performance.

Your Authorization: Uses or disclosures not otherwise described in this Notice may be made only with your written authorization. In addition, we must obtain your written authorization to sell your medical information or to use or disclose your information for marketing goods or services to you where we are paid to make the communication. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

To Your Family and Friends and Persons Involved in Your Care: We may disclose your health information to a family member, friend or other person involved in your care to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare. We may also disclose your medical information to disaster relief organizations to help locate individuals during a disaster. We may also use or disclose your medical information to notify, or assist in the notification, of a family member, a personal representative or a person responsible for your care of your location, general condition or death. If you do not want us to disclose your medical information to family members or others in these circumstances, please notify our HIPAA Officer at 888-833-8441.

Required by Law: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

Public Safety: We may need to disclose medical information to law enforcement officials, such as in response to a search warrant or a grand jury subpoena, or to assist law enforcement officials in identifying or locating an individual, to report deaths that may have resulted from criminal conduct, and to report criminal conduct on our premises.

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

National Security: We may disclose your health information to military authorities of Armed Forces or foreign military personnel under certain circumstances; to authorized federal officials for lawful intelligence, counterintelligence, or other national security activities, and to protect the president; and to a correctional institution or law enforcement official having lawful custody of an inmate or patient under certain circumstances.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, letters, emails or text messages).

Health Oversight Activities: We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure surveys. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, the outbreak of disease, government programs, compliance with civil rights laws and to improve patient outcomes.

Lawsuits and Disputes: We may disclose health information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process.

Other Uses and Disclosures. As permitted or required by law, we may use or disclose your medical information for research purposes; to organizations that handle and monitor organ donation and transplantation; for workers' compensation or similar programs to comply with laws related to workers' compensation or similar programs that provide benefits for work-related injuries or illness; for public health activities such as to prevent or control disease, injury or disability; to report reactions to medications or problems with products; to notify people of recalls of products they may be using; to notify a person who may have been exposed to, or is at risk for contracting or spreading a disease; to medical examiners to identify a deceased person or determine cause of death; or to funeral directors to carry out their duties.

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make a request in writing to obtain access to your health information and fax your request to the number at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of some disclosures we or our business associates have made of your health information. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.

Restriction: You have the right to request that we restrict our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to your request except when disclosure would be to your health plan, you (or someone on your behalf other than your health plan) has paid in full for your health care, the disclosure relates to payment or health care operations, and the disclosure is not otherwise required by law. If we agree to the restriction, however, we will abide by that agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request in writing that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations specified in your written request.

Amendment: You have the right to request that we amend your health information. Your request must be in writing and must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances.

Electronic Notice: If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form upon request.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. If you are concerned that we may have violated your privacy rights, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact Officer: HIPAA Officer
Phone: 888-833-8441
Fax: 888-330-4331
email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com
Effective Date: November 1, 2022



Escanee el
código con su
teléfono.



¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA! Obtenga atención dental en la escuela **SIN COSTO*** para usted.

FÁCIL Y CONVENIENTE—Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, así como proporcionar una limpieza, rayos-x necesarios, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. Tratamiento adicional como rellenos, podrían ser proporcionados. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Permiso incluye tratamiento dental inicial y visitas de seguimiento.

* Para pacientes cubiertos por Medicaid, Medicaid Healthy Kids o MICHild



☒ **Sí, me gustaría que mi hijo sea visto por el dentista dentro de la escuela **SIN COSTO PARA MÍ**.***

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	Hombre/ Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro	Grado	
Padre/ Tutor Legal	Teléfono		
Correo electrónico	Teléfono Alt.		
Nombre del Contacto de Emergencia (si es diferente al anterior)	Teléfono	Relación con Niño	

PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE APLICAN A SU HIJO Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. **SI NO APLICAN CONDICIONES, DEJAR EN BLANCO.**

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Enfermedades contagiosas activas
(incluyendo COVID-19) | ☐ Alergias-medicamentos | ☐ Problemas dentales | ☐ Enfermedad del riñón |
| ☐ Asma | ☐ Problemas de comportamiento | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad del hígado |
| ☐ Alergias-alimentos/estacionales | ☐ Problemas de sangrado | ☐ Problemas del corazón | ☐ Convulsiones |
| ☐ Problemas respiratorios | ☐ Trastornos inmunológico | | |
- ☐ Otro _____ Explique _____
- ☐ Se requiere premedicación antibiótica antes de tratamiento. Si marco, indique la condición _____

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales:

Si su hijo ha ido al dentista en los últimos 12 meses, por favor proporcione el nombre y la dirección de el dentista o de la práctica del dentista

Fecha de la última visita

☐ **MI NIÑO TIENE MEDICAID, MEDICAID HEALTHY KIDS O MICHILD**

Circule uno de los siguientes: BCBS Healthy Kids, Delta Dental Healthy Kids, Medicaid

Llene los 10-dígitos de Medicaid del Niño AQUÍ:

☐ Número de seguro social del niño (si está disponible) - -

☐ **MI NIÑO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO**

Nombre de Aseguransa (no Medicaid)	Tel. del Seguro	# del Grupo
Empleador	Tel. del Empleador	
Nombre Adulto Asegurado	Fecha Nacim. Adulto Asegurado	
ID Miembro/# Póliza	# SEG. SOC. ADULTO ASEGURADO	

Si tiene un seguro dental privado, se le facturará y aceptará pagar los deducibles y/o copagos. Si su hijo ve a un dentista regularmente y desea continuar con la atención de ese dentista, por favor hágalo.

Entiendo y autorizo a Michigan Dental Outreach, P.C. (Proveedor), y a sus dentistas afiliados o higienistas dentales, a proveer servicios dentales en la escuela a niño mencionado anteriormente de quien soy el padre con custodia o tutor legal, incluyendo un examen dental, instrucciones de higiene oral, limpieza, fluoruro, sellantes, rayos-x, y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro. VEA ATRÁS PARA MÁS DETALLES.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, coronas, extracciones de dientes de leche problemáticos, realizar una endodoncia (tratamiento del nervio del diente de leche), adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos según sean necesarios. Entiendo que, en cualquier momento, puedo elegir que mi hijo reciba atención de su dentista en lugar del proveedor. Además, acepto que el proveedor dental puede divulgar datos según sea necesario para el propósito de las actividades de salud pública e informar al Programa de Salud Bucal MDHHS. Libero a Detroit Public Schools Community District (DPSCD) de todos y cada uno de los reclamos, pérdidas, daños, lesiones y responsabilidades y renuncio a todos los derechos, en lo que se refiere a DPSCD, en relación con la prestación de servicios a mi hijo. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significativo de la salud de mi hijo a 855-481-8639. He leído la ADVERTENCIA IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PAGINA, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

FIRME

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

PREGUNTAS: 855-481-8639 **FAX:** 888-330-4331 **FUERA DE HORAS:** 800-964-7820 **Visítenos en:** mobiledentists.com

Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director
Michigan Dental Outreach, P.C., 33533 W. Twelve Mile Road, Ste. 150, Farmington Hills, MI 48331
© Michigan Dental Outreach, P.C., 2023

Para su privacidad doble y asegure.

3200

MI-DPS-016V1-PDF

AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

Entiendo y autorizo a Michigan Dental Outreach, P.C. (Proveedor) y a sus dentistas afiliados o higienistas dentales a proveer los siguientes servicios al niño mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza dental, tratamiento de fluoruro, rayos-x, sellantes dentales, así como la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata para tratar la progresión de las caries dental. También autorizo al dentista a llenar cualquier carie o colocar una corona sobre el diente, extraer cualquier dientes de leche problemáticos, realizar una endodoncia (tratamiento de nervio del diente de leche), colocar mantenedores de espacio o realizar otros tratamientos dentales según sea necesario. Entiendo que existen riesgos al recibir tratamientos dentales incluyendo inflamación o dolor que puede ocurrir de la inyección de la anestesia o una reacción alérgica. (Para información adicional sobre los riesgos del tratamiento dental y tratamientos alternos por favor llame al número proporcionado.) Entiendo que una parte del examen dental de mi hijo se puede realizar de forma remota y que la información clínica (tales como los rayos X) se puede recopilar y enviar electrónicamente a otro sitio para la evaluación del dentista. Doy mi consentimiento para estos servicios de teledontología y entiendo que si bien se aplican las protecciones de confidencialidad, el uso de transmisiones electrónicas de terceros puede presentar riesgos de privacidad adicionales. Entiendo que tengo derecho a acceder a información médica relacionada con los servicios de teledontología. Autorizo y dirijo al Proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Autorizo a la escuela de mi hijo a poner a disposición del Proveedor y su agente de cobro la información del seguro de mi hijo con el fin de cobrar por los servicios. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. Tratamiento por parte del proveedor puede afectar los beneficios futuros que su hijo pueda recibir bajo el seguro privado, Medicaid o CHIP. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. Doy mi consentimiento para que el Proveedor envíe mensajes de texto sobre el programa dental de la escuela. Reconozco que los mensajes de texto no es una forma segura de comunicación y presenta riesgos para la privacidad adicional. (Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para discontinuar, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefónicas relacionadas con el programa dental escolar a los números telefónicos que usted proporciono en esta forma de consentimiento.) He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento para la divulgación de la información y/o expediente médico de mi hijo, incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo, pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

Fluoruro Diamino de Plata (SDF) - Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries

BENEFICIOS DE SDF: Las caries dentales son comunes en los niños, pero ahora nuestros dentistas tienen una alternativa segura, sin dolor a los procedimientos tradicionales de perforación de caries llamado fluoruro diamino de plata (SDF). SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que se usa para ayudar a prevenir la formación, crecimiento o propagación de caries a otros dientes. El dentista simplemente cepilla SDF solo en los dientes posteriores.

Alternativas

- Sin tratamiento: el diente puede seguir deteriorándose y causar dolor.
- Otras opciones: barniz de fluoruro, relleno o corona, o extracción del diente.

Riesgos

- Es posible que el tratamiento SDF no elimine la necesidad de un relleno tradicional.
- Es normal que el SDF manche la carie de color marrón o negro, lo que significa que está funcionando.

- No se mancharán las partes sanas del diente.
- El SDF puede causar manchas temporales si entra en contacto con la piel. La mancha es inofensiva y desaparecerá en menos de una semana
- SDF puede causar un sabor metálico temporal.



Carie



SDF aplicado



Preguntas? Llame a uno de nuestros coordinadores de atención al 855-481-8639.

MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

ELLIOT P. SCHLANG, DDS, – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

Sadiya Ahsan, DDS, Roxann Baker, DDS, Brian Balaze, DDS, Kais Dardar, DDS, Ronald DeVuyst, DDS, Ridge Downs, DDS, Nermee Elnabity, DDS, Michael Guest, DDS, Binh Ha, DDS, Albert Kaspor, DDS, Taryne Kavanagh, DMD, Debra Kennedy, DDS, Patricia Mack, DDS, Aimee Matthews, DDS, Lucy Opris, DDS, Solomon Pesis, DDS, Elizabeth Phillips, DDS, Rubayyat Rashid, DDS, Julia Rosenfield, DDS, Elliot Schlang, DDS, Michelle Szewczyk, DDS, Lauren Trancik, DDS, Deirdre Young, DDS

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

NUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedio.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela/coordinador de salud, u otro proveedor de salud que le esté preveyendo tratamiento.

Pagos: Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros u usted.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

Su Autorización: Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

A Su Familia y Amigos y Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 888-833-8441.

Requerido por La Ley: podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

Seguridad Pública: Podemos dar información médica a oficiales la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reportar a una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal e informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

Abuso o Negligencia: Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Seguridad Nacional: Podemos dar su información médica a las autoridades militares de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero bajo ciertas circunstancias; a funcionarios federales de la ley de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proteger al Presidente; y a un oficial de la ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

Demandas y Disputas: Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

Otros Usos y Revelaciones: Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que manejan y monitorean la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o borne el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se enmienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA

Teléfono: 888-833-8441 / Fax: 888-330-4331 / email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

Fecha efectiva: 1 de Noviembre, 2022