

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

Estimado/a padre/madre o tutor:

Greater Portland Health (GPH), en colaboración con los distritos escolares del condado de Cumberland, ofrece atención dental en el lugar en escuelas seleccionadas.

Por favor, complete y firme este Formulario de Inscripción Dental, el Formulario de Consentimiento para Tratamiento y el Formulario de Autorización para Divulgación de Información para permitir que su hijo acceda a los servicios dentales en su escuela. Debe hacer esto incluso si su hijo es paciente de GPH.

Con su autorización, el dentista le prestará los servicios* que usted indique a continuación. Marque todos los servicios que desea que reciba el menor:

- ☐ Sí, me gustaría a mi hijo(a) se sometiera a un examen dental.
- ☐ Sí, me gustaría mi hijo(a) recibiera una limpieza dental.
- ☐ Sí, me gustaría a mi hijo(a) recibiera tratamiento con flúor.
- ☐ Sí, me gustaría que mi hijo(a) le aplicarían sellantes dentales para prevenir caries en sus dientes permanentes (si es apropiado).

* Un informe de los servicios de salud bucodental realizados se enviará a casa con el menor.

Un dentista de GPH proporciona el tratamiento de seguimiento en la dental situada en Portland High School. El tratamiento, puede incluir, entre otros, examen dental, radiografías de diagnóstico, flúor, restauraciones, coronas y extracciones.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (207) 874-2141, ext. 8401, o envíe un correo electrónico a jmacdonald@greaterportlandhealth.org

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL

NOMBRE LEGAL

SEGUNDO NOMBRE LEGAL

NOMBRE DE PREFERENCIA

nombre elegido, apodo, nombre alternativo,

"Diríjase hacia mí por este nombre"

FECHA DE
NACIMIENTO:

____/____/____
Mes Día Año

ESCUELA

PROFESOR

GRADO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

1 of 4

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

LA COBERTURA DE SEGURO DENTAL DE SU ESTUDIANTE

Si su hijo tiene seguro dental, incluyendo MaineCare, se facturará al seguro. A su familia no se le cobrará por ningún reclamo denegado o si su hijo no tiene seguro.

¿El menor tiene MaineCare (Medicaid)? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

En caso afirmativo, ¿cuál es el número de identificación MaineCare del menor? _____

¿Su hijo tiene un seguro dental privado/comercial? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

Nombre del subscriptor

Fecha de nacimiento

Parentesco con el paciente

Nombre de la compañía de seguros

N.º de id. del miembro

N.º de id. del grupo

Fecha de emisión

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

¿Quién es el médico de atención primaria de su hijo?: _____

☐ Mi hijo no tiene actualmente un médico de atención primaria.

¿Quién es el dentista del menor?: _____

☐ Actualmente, el menor no tiene dentista.

Si su hijo tiene un dentista, ¿cuándo fue la última vez que fue a ver a su dentista?

☐ En el año pasado ☐ Hace más de un año ☐ Nunca

¿Su hijo tiene alguna alergia? Si o No (marque uno) Si marca sí, por favor, enumérelas: _____

Enumere los medicamentos que toma el menor: _____

Enumere cualquier antecedente de cirugías: _____

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones?: Por favor, marque todo lo que corresponda.

☐ TDAH

☐ Defectos congénitos

☐ Tipo de diabetes _____

☐ SIDA/VIH/Hepatitis

☐ Parálisis cerebral infantil

☐ Epilepsia/Convulsiones

☐ Ansiedad

☐ Labio leporino/Fisura palatina

☐ Insuficiencia renal

☐ Asma

☐ Cáncer/Tumores

☐ Enfermedad hepática

☐ Autismo/Asperger

☐ Cardiopatía congénita

☐ Trastornos del habla/de la audición

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

2 of 4

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ESTUDIANTE

La información que comparta en esta sección no afectará negativamente la atención de su hijo de ninguna manera. Es solo para fines demográficos.

Sexo legal
(marque uno):

- ☐ Masculino
☐ Femenino

¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros sobre el historial del estudiante que pueda afectar su atención como paciente?

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Ingresos Totales Anuales del Hogar: _____

Raza:

☐ **Blanco**

Portugal, Alemania, Polonia, Bosnia, Países del Medio Oriente

☐ **Negro, africano, afroamericano**

haitiano, jamaicano, keniano, congoleño, etc.

☐ **Isleño del Pacífico**

Samoa, Guam, Micronesia, Tahiti, Palua, etc.

☐ **Asiático**

China Filipinas, Bangladesh, Nepal, Pakistán, Vietnam

☐ **Nativo de Hawái**

Nativo de cualquier isla de Hawái

☐ **Indígena del Sur/Centro/Norte de América,**

Nativo de Alaska

Nativo Americanos, Penobscot, Passamaquoddy, Maliseet, Micmac, abenaki, inuit, mayan, incan, puertorriqueño, Miskito, Chatino, etc.

☐ **Multirracial**

Más de una raza/etnia

☐ **Se niega a especificar**

Etnia:

☐ Hispano/latino

☐ No Hispano/no latino

Idioma de preferencia (elijá uno):

Inglés

Español

Francés

Árabe

Portugués

Somalí

Cantonés

Lingala

ASL (discapacidad auditiva)

Kinyarwanda

Kirundi

Swahili

Otro: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

3 of 4

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/DE LA MADRE O DEL TUTOR LEGAL

Apellido del padre/
de la madre o del tutor

Nombre del padre/
de la madre o del tutor

Parentesco/Cargo

Fecha de nacimiento

Calle, Apt./Unidad #

Ciudad

Estado Código
postal

¿Es usted paciente de Greater Portland Health?

☐ SÍ ☐ NO

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico del padre/de la madre o del tutor

Dirección de casa del estudiante (si es diferente de la del padre/tutor):

Al firmar este formulario, reconozco lo siguiente:

Doy mi consentimiento que mi hijo(a) reciba los servicios dentales que he indicado arriba sin la presencia del padre, la madre o tutor durante el periodo de la inscripción en el distrito escolar del condado de Cumberland con el que GPH esta asociado.

Entiendo que el Programa Dental Escolar de GPH es una entidad separada de la escuela y de la oficina de enfermería escolar. Este proporciona exámenes dentales y una serie de tratamientos de salud bucal, al mismo tiempo mantiene comunicación con otros profesionales de la salud que también puedan estar involucrados en el cuidado del hijo(a).



☐ Sí, he revisado el Aviso de prácticas de privacidad de GPH, que está disponible en nuestro sitio web escaneando este código QR.

☐ Sí, he firmado el Consentimiento General para el Tratamiento y la Autorización para la Divulgación de Información

Firma del paciente o del padre/
de la madre o del tutor legal

Fecha de firma

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

4 of 4

Inscripción en el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health

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

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

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

✍ **Firma del padre/madre/tutor:** _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta: _____ **Parentesco:** _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Greater Portland Health ("GPH") es un centro de salud comunitario que ofrece atención médica integrada para la salud física y mental, incluyendo el tratamiento del VIH/SIDA y servicios odontológicos para toda la comunidad. GPH utiliza una historia clínica electrónica que incluye toda su información médica en un solo lugar. Con el fin de ofrecerle la mejor atención posible, los proveedores de salud de GPH pueden ver cualquier parte de su historia clínica relevante para su tratamiento, incluyendo su historial de salud física, mental, de consumo de drogas o dental.

1. **Consentimiento general para el tratamiento:** Al firmar a continuación, autorizo a los proveedores de atención médica de GPH a llevar a cabo exámenes, pruebas de diagnóstico y procedimientos para evaluar mi estado de salud, y a proporcionar la atención (incluido el tratamiento de emergencia), los servicios o los tratamientos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento eficaz. Comprendo que es responsabilidad de los proveedores de atención médica que me atienden explicarme la naturaleza de la atención, el tratamiento, los servicios, los medicamentos recetados, las intervenciones sugeridas o los procedimientos propuestos. Antes de someterme a cualquier procedimiento o prueba, mis proveedores me explicarán los posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, incluidos los posibles problemas que puedan surgir durante la recuperación, las probabilidades de éxito, otras opciones, incluidos los riesgos o efectos secundarios pertinentes a esas alternativas, así como información sobre los posibles resultados de elegir no someterme al tratamiento recomendado.
2. **Derecho a negarse a recibir el tratamiento:** Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, comprendo que puedo negarme a cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o considerado médicamente necesario por mis proveedores de atención médica y que soy responsable de las decisiones sobre mi propia atención médica y las consecuencias de dichas decisiones.
3. **Responsabilidad de pago:** Comprendo que debo pagar a GPH cualquier gasto derivado de mi tratamiento. Solicito que el pago de los beneficios cubiertos autorizados se realice en mi nombre a GPH por dichos servicios. Comprendo que GPH puede divulgar información médica sobre mí, incluida información relacionada con el VIH o SIDA, el consumo de drogas (excepto información restringida por ley) y el tratamiento de salud mental a mi compañía de seguros médicos a fin de verificar dichos beneficios.
4. **Divulgación de la información médica:** Comprendo que, sujeto a ciertas condiciones, puedo solicitar que se limiten las divulgaciones, recibir información confidencial al proporcionar a GPH una dirección, un número de teléfono u otro medio para recibir la información, ver u obtener copias de mi información médica protegida previa solicitud por escrito, y que tengo otros derechos con respecto a mi información médica según se establece en el aviso de prácticas de privacidad.
5. **Aviso de prácticas de privacidad:** Comprendo que GPH debe mantener mi información médica confidencial, pero legalmente puede usar mi información médica para mi tratamiento, para recibir pago por los servicios que se me prestan, para coordinar mi atención con otros proveedores médicos o para llevar a cabo las operaciones internas necesarias de GPH.
6. **Seguro:** Si tengo una cobertura de seguro activa, necesito asegurarme de que mi proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de GPH está registrado en mi plan de seguros para garantizar una facturación adecuada y el acceso a atención especializada. Comprendo que GPH tiene derecho a comunicarse con el proveedor de mi plan de seguros para proporcionar información actualizada si el proveedor de atención primaria que aparece en la lista no es correcto.
7. **HealthInfoNet:** HealthInfoNet es un sistema electrónico seguro y estandarizado en el que los proveedores de atención médica de todo el estado de Maine pueden compartir información importante sobre los pacientes, proporcionándoles las herramientas necesarias para tomar decisiones de tratamiento más informadas. Se trata de un programa de exclusión voluntaria. Si desea obtener más información o darse de baja, pregunte a cualquiera de nuestros representantes de atención al paciente en la recepción.
8. **Reglas para un comportamiento adecuado:** GPH debe ser un entorno seguro y respetuoso para todos: pacientes, personal, visitantes y voluntarios. Es inaceptable cualquier comportamiento que haga que la clínica sea un lugar inseguro, ofensivo o peligroso. GPH tomará las medidas correspondientes ante tales comportamientos, entre ellas el contrato de atención colaborativa y la posible rescisión de servicios de la práctica.
9. **Derecho a reclamo:** Entiendo que, como paciente, tengo derecho a reclamar, según se describe en la Política de gestión de reclamos de Greater Portland Health.
10. **Firma:** Al firmar a continuación, acepto que he leído y comprendo la información proporcionada más arriba. Si tengo alguna duda sobre el consentimiento, le preguntaré a mi proveedor antes de firmar este formulario.

Firma del paciente _____ Fecha _____

(Si es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar)

Versión de mayo de 2025