



**PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN LA ESCUELA  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ODONTOLÓGICO Y EXENCIÓN DE  
RESPONSABILIDAD**



Estimado padre/madre o tutor:

Como parte de la iniciativa "Niños sanos, mente sana", dentistas licenciados por el Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago y el PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN LA ESCUELA de las Escuelas Públicas de Chicago (el "PROGRAMA"), concurrirán a la escuela de su hijo/a en el futuro próximo para realizar EXÁMENES DENTALES, LIMPIEZAS DENTALES, TRATAMIENTO CON FLÚOR y aplicar SELLADORES dentales (CUANDO SEA NECESARIO), SIN COSTO alguno para los estudiantes o sus familias en la escuela. Los selladores dentales, además del cepillado regular y el uso de hilo dental, protegen los dientes de los niños contra la CARIES. Los selladores son capas plásticas delgadas que se colocan sobre la superficie de las muelas traseras para SELLARLAS y evitar la acumulación de alimentos y gérmenes. Los selladores se aplican en dientes que no parecen tener caries y no duelen. LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NO INCLUYEN ARREGLO DE CARIES NI INYECCIONES.

A cambio de la participación de su hijo/a en el PROGRAMA, y tal como queda evidenciado por su firma al pie, usted exime por la presente a la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo al Departamento de Salud Pública, y a sus empleados, funcionarios, voluntarios, agentes y representantes, y a LA JUNTA DE EDUCACION DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fideicomisarios, agentes, funcionarios, contratistas, voluntarios y empleados, de cualquier responsabilidad que pueda corresponderle a usted o su hijo/a, por cualquier y todas las pérdidas, lesiones, daños a usted o a su niño/a, tanto conocidos como desconocidos, previstos e imprevistos, que surjan con relación a la participación de su hijo/a en el PROGRAMA independientemente de si dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades sean el resultado en todo o en parte de la negligencia de la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo el Departamento de Salud Pública, empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fideicomisarios, empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes.

Tal como queda evidenciado por su firma al pie, usted reconoce que un profesional licenciado que proporciona atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento sin cargo en nombre del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago no es responsable por los daños civiles que resulten de sus actos u omisiones al proporcionar dicha atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento bajo el Programa excepto por actos premeditados de conducta malintencionada. Para autorizar a los proveedores de servicios dentales y al Departamento de Salud Pública de Chicago a compartir información relacionada con los servicios dentales del PROGRAMA provistos a su hijo/a con la escuela de su hijo/a, la Oficina de Servicios Especializados de las Escuelas Públicas de Chicago y el Departamento de Atención de la Salud y Servicios para la Familia de Illinois, por favor, complete y firme el Formulario de Autorización que aparece al dorso de esta carta. Este formulario de consentimiento firmado es válido a partir de la fecha en que la firma el padre o tutor del niño/a hasta el 31 de agosto de 2012.

**Si desea que su hijo/a participe, por favor complete la siguiente información y devuélvala a la escuela de su hijo/a.**

_____	_____	_____	_____
(Nombre de la escuela)	(Aula)	(Número de ID del alumno)	(Teléfono)
_____	_____	_____	_____
(Nombre del alumno)	(Fecha de nacimiento)	(Grado)	(Sexo)
_____	_____	_____	_____
(Domicilio)	(Número de apartamento)	(Código postal)	

Hispano (por favor marque uno)      Raza: (por favor marque uno)

Si      No      Blanca      Negra      Asiático/Islands del Pacífico      Indoamericano/Nativo de Alaska

**INFORMACIÓN MÉDICA:** ¿Su hijo ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades? **SÍ** o **NO** En caso afirmativo, marcar la enfermedad correspondiente.

Diabetes	Epilepsia	Ahora tiene soplo cardiaco	Fiebre reumática o cardiopatía reumática
Asma	Hepatitis	Trastorno/enfermedad de la sangre	

¿Su hijo/a está tomando alguna medicación? Si Sí, indique la medicación: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? Si Sí, indique las alergias: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra dolencia médica? Si Sí, indique las dolencias: \_\_\_\_\_

**MEDICAID / ALL KIDS:** Su hijo participa en: (marque con un círculo)

Almuerzo gratuito o a precio reducido    Sí / NO      Medicaid / All Kids    Sí / NO    Si Sí: proporcione información de Medicaid / All Kids:

Nro. de ID \_\_\_\_\_ Nro. de ID del Caso \_\_\_\_\_ Período de elegibilidad: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Como padre o tutor del niño/a mencionado, doy mi consentimiento para que el niño/a participe en el PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN LA ESCUELA que incluye un examen bucal, limpieza dental, tratamiento con flúor en gel o barniz, la aplicación de selladores dentales si corresponde y exámenes de Aseguramiento de Calidad. Autorizo al proveedor de servicios dentales a utilizar el número de Medicaid, ALL KIDS de mi hijo/a o pupilo/a a los fines de la facturación únicamente. **Entiendo que si no firmo este Formulario de Consentimiento para Atención Odontológica y Exención de Responsabilidad, mi hijo/a no recibirá ningún servicio bajo este programa.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_  
(Revisado 06.30.10)

**Por favor complete y firme el Formulario de Autorización al dorso** →





**Programa de Salud Bucal en la Escuela  
Formulario de Autorización  
para el uso y divulgación de información protegida de salud**



Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Al firmar este Formulario de Autorización, entiendo que estoy otorgando mi autorización al proveedor de servicios dentales y al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago para que usen y/o divulguen la información protegida de salud de mi hijo/a, tal como se describe en más detalle a continuación, a las siguientes personas u organizaciones:

La escuela de mi hijo/a, la Oficina de Servicios Especializados de las Escuelas Públicas de Chicago y la Oficina de Atención de la Salud y Servicios para la Familia del Estado de Illinois.

Específicamente autorizo el uso y divulgación de la siguiente información protegida de salud:

Información relacionada con servicios dentales del PROGRAMA proporcionados a mi hijo/a.

Esta autorización es válida a partir de la fecha en que la firma el padre o tutor del niño/a hasta el 31 de agosto de 2012.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a la Ciudad de Chicago, a la escuela de mi hijo/a y a la Oficina de Servicios Especializados de las Escuelas Públicas de Chicago tal como se especifica a continuación. No obstante, entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre la información que ya haya sido utilizada o divulgada por la Ciudad de Chicago antes de que la Ciudad recibiera el aviso escrito de la revocación.

Aviso a la Ciudad:	Aviso a la Escuela	Aviso al Estado de Illinois:	Aviso a la Oficina de Servicios Especializados de las Escuelas Públicas de Chicago
City of Chicago – Department of Public Health 333 S. State, 2nd floor Chicago, Illinois 60604 Attn: Privacy Officer	Aviso al Director de la Escuela	Healthcare and Family Service 201 South Grand Avenue East Springfield, Illinois 62763	Chicago Public Schools Office of Specialized Services – 8th Floor 125 South Street Chicago, Illinois 60603 Fax: 773-553-1881

Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada conforme a esta autorización pueda verse sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud.

Esta Autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar este formulario de Autorización.

Entiendo que ni el proveedor de servicios dentales ni el Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago podrán condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios al hecho de que yo firme o no esta autorización, a menos que el tratamiento esté relacionado con una investigación.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización firmado.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el menor

**Por favor complete y firme el Formulario de Consentimiento al dorso →**

