



Orland Park Dental Services

OPDS

Helping Kids...Because We Care

Enrolled is a permission slip for a **FREE** dental exam for this school year available to **ALL** students.

Licensed Dentists and Hygienists will be coming into your child's school to examine the children.

All Children who sign-up for this program will receive a dental exam. Eligible children will also receive a cleaning, fluoride treatment and sealants (if needed). Sealants are a protective coating on the chewing surfaces of back teeth.

****Please note this program is for ALL grades but state law requires K, 2nd and 6th graders have a mandatory dental exam prior to May 15th of this school year. This dental exam will fulfill this requirement. State forms will be filled out and left with the front/nurse's office.**

A form will be sent home with every child we see explaining what services were performed and if further treatment is needed.

Please fill-out the top portion of the permission slip (English or Spanish), **SIGN** the form and have your child return it to school tomorrow.

If you are not interested in this program, please put your child's name on the form and put an 'x' on the form so we know that you are not in need of this service.

Thank You!

ORLAND PARK DENTAL SERVICES, LTD (OPDS), 15510 S. Cicero Ave., Suite 102; Oak Forest, IL 60452
PHONE: 708-986-4444, FAX: 708-535-0341, EMAIL: contact@opdsdental.com, WEBSITE: www.opdsdental.com

EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE LOS SERVICIOS DENTALES DE ORLAND PARK, LTD (OPDS). ESTE AVISO EXPLICA COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REPÁSELA CUIDADOSAMENTE.

Usos y revelos de IMP: Nosotros podemos usar IMP para el propósito del tratamiento, pagos y cuidado medico, en muchos casos sin su permiso escrito. Ejemplos de los usos de IMP:

- Para tratamiento. Esto incluye cosas como obtener información verbal o escrita acerca de su condición médica y tratamiento de usted así como de otros, como doctores y enfermeras que dan órdenes para permitirle proveerle tratamientos para usted. Nosotros podremos dar su IMP a otros proveedores de salud médica en su tratamiento, y transmitir su IMP por medio de radio o teléfono al hospital o centro de envío.
- Para pagos. Esto incluye cualquier actividad que tengamos que hacer para obtener el pago por los servicios le proveimos, incluyendo cosas para someter el pago a la compañía de seguros, hacer cualquier determinación médica necesaria y cobrar cuentas pendientes.
- Para Operaciones de Cuidado Medico. Esto incluye actividades aseguradas de calidad, licencia y programas de entrenamiento que nuestro personal necesita para las normas de cuidado y seguir estableciendo pólizas así como obtener función administrativa.

Usos y revelos de IMP sin su autorización: Se nos permite usar la IMP sin su consentimiento escrito, o la oportunidad de rechazar, en ciertas situaciones, al menos que este prohibido por una ley severa, incluye:

- Para tratamiento, pago o operaciones de cuidado medico, actividades de otro proveedor de cuidado medico que le trate;
- Para cuidado medico y actividades legales;
- Para un miembro de familia, otro pariente o amigo o familiar cercano u otro individuo en su cuidado si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o le damos la oportunidad de rechazar la y usted no levante una objeción, y en ciertas circunstancias que nosotros no podamos obtener su acuerdo y creamos que revelarlo esta en su mejor interés;
- A una autoridad publica de salud en ciertas situaciones requerida por la ley para reportar abusos, negligencia o violencia domestica;
- Para descuidos de actividades medicas incluyendo revisiones o investigaciones gubernamentales, inspecciones, procedimientos disciplinarios y otras acciones administrativas o judiciales asumidas por el gobierno. (o sus contactos) por la ley para supervisar el sistema de cuidado de salud;
- Para procedimientos judiciales y administrativos requeridos por una corte o orden administrativa, o en algunos casos en respuesta a otros procesos legales;
- Por actividades de derecho en situaciones limitadas, como cuando responden a una orden;
- Para el militar, defensa nacional y seguridad y otras funciones gubernamentales especiales;
- Para evitar una amenaza seria a la salud y seguridad de la persona o al publico en grande;
- Para propósitos de compensación de trabajo, y en conformidad con las leyes de compensación de trabajo;
- Para un coronel, un examinador medico y directores de funeraria para identificar a personas difuntas, determinar la causa de la muerte, o cargar en su deber como es autorizado por la ley;
- Para proyectos de investigación, pero este tiene que ser sujeto a restricción, descuidos y aprobaciones;
- Uso o revelo de información medica acerca de usted en una manera que no identifique personalmente a usted o que no revele quien es usted.

Cualquier uso o revelo del IMP, aparte de los que ya se mencionaron arriba nada mas serán hechos con su autorización escrita. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito, excepto a lo que ya hemos usado o revelado información medica en obediencia de su autorización.

Derechos del paciente: Como paciente, usted tiene un número de derechos con respecto a su IMP, incluyendo:

- El derecho de acceso, copia o inspección de su IMP. Esto quiere decir que usted puede inspeccionar y copiar la mayoría de su información medica acerca de usted que nosotros mantenemos. Nosotros normalmente proveeremos acceso a esta información dentro de 30 días de su petición. Nosotros también podemos cobrar un cargo razonable, como lo permita la ley, para proveer una copia de cualquier información medica usted tiene el derecho al acceso en circunstancias limitadas. Podemos rechazar acceso a la información medica y usted puede apelar ciertos tipos de negaciones. Nosotros tenemos formas disponibles para pedir acceso a su IMP y nosotros le proveeremos una petición escrita si nosotros rechazamos su petición y le dejamos saber de su derecho de apelación. Usted también tiene el derecho de recibir información confidencial de su IMP. Si usted desea inspeccionar u obtener una copia de su información medica, usted tiene que contactar con su representante privado.
- El Derecho de Enmendar su IMP. Usted tiene el derecho de enmendar por escrito su información medica que tengamos. Por lo general enmendamos su información dentro de 60 días de su petición y lo notificaremos cuando enmendemos su información. Tenemos permitido por la ley de negar su petición de enmendar su información medica de lo que tenemos de usted, por favor contacte con su representante privado local para obtener un formulario.
- El Derecho de Pedir una Contabilidad. Usted puede pedir una comprobación de parte de nosotros en ciertos revelos de su información medica que hagamos hecho en seis años a la fecha de su petición. Pero su petición de una comprobación de revelos no puede proceder de implementaciones de HIPAA de Abril 14, 2003. Nosotros no estamos obligados a darle una comprobación de revelos de nuestros usos de su IMP por lo cual usted ya nos dio su autorización escrita. Si usted desea pedir una comprobación, contacte con su representante local privado.
- El Derecho de Pedir Las Restricciones y Revelos de su IMP. Usted tiene el derecho de pedir que nosotros restrinjamos el uso de revelar su información medica que tenemos de usted. Nosotros no estamos obligados a concordar con las restricciones que usted pide, pero cualquier restricción acordada por nosotros por escrito son obligatorias de parte de nosotros.
- Si usted desea obtener copia de esta noticia, usted puede comunicarse con nosotros a la dirección abajo y nosotros le proveeremos una copia de esta noticia en su petición.

Revisión del Aviso: Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso en cualquier momento, y los cambios se harán efectivos inmediatamente y se aplicará a todo EL SEGURO DE SALUD PROTEGIDO que mantenemos. Usted puede obtener una copia de la versión más reciente de este Aviso, visitando nuestra oficina y recogiendo una copia.

Sus Derechos Legales y Quejas: Si usted tiene preguntas, desea información adicional, o quiere reportar un problema relacionado con el manejo de su información, puede ponerse en contacto con OPDS, Ltd. Además, si usted cree que sus derechos han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito en nuestra oficina mediante la entrega de la queja por escrito a los Servicios Dentales de Orland Park, Ltd. También puede presentar una queja enviándola por correo o por correo electrónico a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

- No podemos, y no le pediremos a usted que renuncie a su derecho a presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos como condición para recibir tratamiento en la práctica.
- No podemos, ni vamos a tomar represalias contra usted por presentar una queja ante la Secretaría. Fecha de vigencia del Aviso: 14 de Abril 2003

*****DENTAL SCREENING... PLEASE RETURN AS SOON AS POSSIBLE*****

PLEASE PRINT IN INK!!!

**ARE YOU INTERESTED
IN THIS PROGRAM?**

NAME OF SCHOOL: _____
 TEACHER: _____ GRADE: _____
 COUNTY: _____

YES _____ NO _____
 (if yes – please fill-out form)
 (if no-please print child's name)

Dear Parent or Guardian,

OPDS, Ltd. and The Illinois Department of Public Aid have arranged for dental services for eligible children. These services may include an exam, cleaning, fluoride treatment and sealants (a protective coating on the chewing surfaces of back teeth). Licensed dentists, hygienists and assistants will come to your child's school with portable equipment. In order for your child to receive these services **YOU MUST PROVIDE ALL THE INFORMATION REQUESTED BELOW AND SIGN IN THE AREA INDICATED.**

Your child's name _____ Birth date ____/____/____ Home Phone () ____-____ Gender: Male / Female
Please Print
 Address: _____ City _____ Zip: _____

DOES YOUR CHILD HAVE ANY MEDICAL HISTORY THAT MAY COMPLICATE DENTAL TREATMENT?
 Heart murmur _____ : Latex allergy _____ : Blood disorder _____ : Other _____

DENTIST'S INITIALS
 Reviewed Health History

DOES YOUR CHILD QUALIFY FOR FREE AND REDUCED MEALS Yes No
 # of family members _____ Income per year (optional) _____

IS YOUR CHILD ENROLLED IN THE "ALL KIDS" PROGRAM (PUBLIC AID/MEDICAID/KID CARE)? Yes No

If YES, Include your child's RECIPIENT ID NUMBER

IS YOUR CHILD COVERED BY PRIVATE DENTAL INSURANCE Yes No
 9 DIGIT ID NUMBER ON BACK OF MEDI-PLAN CARD

ETHNICITY: Hispanic _____ Non Hispanic _____ RACE: White _____ African American _____
 American Indian/Alaska native _____ Asian/Pacific Islander _____ Other _____ Unknown _____

DENTIST'S INITIALS
 Reviewed Signature

****Signature:** _____ **Date:** _____
PARENT OR GUARDIAN MUST SIGN TO PARTICIPATE!!!!!!

****In signing this form, you are giving permission to treat your child and also verifies that you have read the back of this form regarding HIPAA.
 This will also give permission for IDPH, QA Audits and providers to return to your school and re-check your child's sealants. This also gives permission for OPDS to come back this school year and provide a possible prophylaxis and fluoride treatment for your child.

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

(rev. 02/18)

TO BE COMPLETED BY DENTIST

Prior Restorations – Prior Sealants

_____	Sealants Present	_____ YES	_____ NO (Prior to exam – 1 st molars only)
_____	Caries Experience	_____ YES	_____ NO
_____	Untreated Caries	_____ YES	_____ NO
_____	Oral Hygiene Status	_____ GOOD	_____ FAIR _____ POOR
_____	Periodontal Status	_____ GOOD	_____ FAIR _____ POOR

CURRENT DENTAL STATUS OF PATIENT:

TREATMENT NEEDED

<u>DECAY</u>	<u>SEALANTS</u> Placed Today	<u>SCORE</u>	<u>ORAL HEALTH ASSESSMENT RATING</u>
_____	_____	_____	1. Preventive Care (services rendered today) – There is no visual evidence of caries activity or periodontal pathology.
_____	_____	_____	2. Restorative Care – Amalgams, composites, crowns, etc.
_____	_____	_____	3. Urgent Treatment – Abscess, nerve exposure advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection or swelling.

Dentist/Hygienist Signature _____ / _____
 (Reviewed Name/D.O.B)

Treatment Date: _____ Dentist's Signature: _____