



Dear parent/guardian,

Future Smiles is a non-profit program dedicated to help children achieve a lifetime of dental wellness by providing a wide range of educational, preventive, and restorative services. Coordinated services from a dental hygienist and general dentist include dental screenings/exams, xrays, dental cleanings, fluoride varnish, dental sealants, fillings, and extractions. Your child’s participation is voluntary and those eligible for services include:

- CCSD students age 18 and younger
- Uninsured
- Non-CCSD students 18 and younger who have a sibling in CCSD
- Medicaid/CHIP or private insurance

We require a new consent form filled out at the start of each school year for children new to Future Smiles and those previously seen by Future Smiles. You are welcome to contact us at any time you feel your child may need our services. If we do not receive any contact from a parent/guardian, we will assume you do not want services and will not see your child.

You can also visit us at www.futuresmiles.net to fill out a consent form, add or remove services.

My child has previously been seen by Future Smiles

My child has never been seen by Future Smiles



YES, I would like my child to receive services from Future Smiles

SKIP TO PAGE 3.

Please fill out the attached consent form and send back with your child.

NO, I do not want my child to receive any services from Future Smiles

Please fill out the following information and your child will not be seen by Future Smiles:

Date: _____

Child Name: _____

Student ID# _____

Parent/guardian name: _____

Parent/guardian signature: _____



Estimado Padre / Tutor,

Future Smiles es un programa sin fines de lucro dedicado a ayudar a los niños a lograr una vida de bienestar dental al proporcionar una amplia gama de servicios educativos, preventivos y de restauración. Los servicios coordinados de un higienista dental y un dentista general incluyen exámenes / exámenes dentales, radiografías, limpiezas dentales, barniz de fluoruro, selladores dentales, empastes y extracciones. La participación de su hijo es voluntaria y los elegibles para servicios incluyen:

- Estudiantes de CCSD de 18 años o menos
- Sin seguro
- Estudiantes no CCSD de 18 años o menos que tienen un hermano en CCSD
- Medicaid / CHIP o seguro privado

Requerimos que se llene un nuevo formulario de consentimiento al comienzo de cada año escolar para los niños que son nuevos en Future Smiles y los que anteriormente vieron Future Smiles. Le invitamos a contactarnos en cualquier momento que sienta que su hijo puede necesitar nuestros servicios. Si no recibimos ningún contacto de un padre / tutor, asumiremos que no desea recibir servicios y no veremos a su hijo.

También puede visitarnos en www.futuresmiles.net para completar un formulario de consentimiento, agregar o eliminar servicios.

Mi hijo ya ha sido visto por Future Smiles

Mi hijo nunca ha sido visto por Future Smiles.



SI, me gustaría que mi hijo reciba servicios de Future Smiles

PASE A LA PÁGINA 5.

Por favor complete el formulario de consentimiento adjunto y envíelo de vuelta con su hijo.

NO, no quiero que mi hijo reciba ningún servicio de Future Smiles

Por favor, complete la siguiente información y su hijo no será visto por el Future Smiles:

Fecha: _____

Nombre de niño: _____

Identificación del Estudiante# _____

Nombre del padre /tutor: _____

Firma del Padre /tutor: _____



Future Smiles is a non-profit program dedicated to help children achieve a lifetime of dental wellness by providing a wide range of educational, preventive, and restorative services. Coordinated services from a dental hygienist and/or general dentist include dental screenings/exams, xrays, dental cleanings, fluoride varnish, and dental sealants. This consent form is for dental hygiene services only. Restorative services may be available at the NWP Dental Wellness Center and require a separate consent or will be referred to your current dental home or partnering community dental office/clinic.

Your child's participation is voluntary and those eligible for services include:

- CCSD students age 18 and younger
- Non-CCSD students 18 and younger who have a sibling in CCSD
- Uninsured
- Medicaid/CHIP or private insurance

In order for your child to receive these services, you must PROVIDE ALL THE INFORMATION REQUESTED BELOW AND SIGN IN THE AREAS INDICATED.

INITIAL HERE YES, I authorize a public health dental hygienist to assess the permanent molars/premolars of my child and then authorize placement of dental sealants on those teeth that are indicated by staff of Future Smiles, dental/dental hygiene students, and/or volunteer dentists/dental hygienists. I also authorize all preventive dental services to include dental cleaning, fluoride varnish, and x-rays of my child's teeth. I agree to accept appointment reminders and other messages on my phone and email, allow my child's image to be used by Future Smiles, to take a satisfaction survey and review of my child's CCSD data for program evaluation and promotion. I agree not to hold Future Smiles or its partners liable for any negative reactions as a result of care received for my child or myself. If applicable, I approve the billing of Medicaid/CHIP or private insurance for services provided.

Child Information

Name of child: _____

Student ID# _____ Date of birth: _____ Age: _____

Home address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: NV Zip: _____

Gender: Female Male

Race/Ethnicity: Asian American Indian/Alaska Native Black Hispanic
 White/Caucasian Native Hawaiian/Pacific Islander Mixed Other

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

Child receives free or reduced lunch? No Yes Child is on an IEP? No Yes

Services

Please indicate if you do not want your child to receive any specific services

- | | |
|--|--|
| _____ I do not want my child to receive sealants | _____ I do not want my child to have fluoride varnish |
| _____ I do not want my child to have a dental cleaning | _____ I do not want my child's image used by Future Smiles |
| _____ I do not want my child to have dental x-rays | _____ I do not want messages left on my phone or by text |
| _____ I do not want my child to take a satisfaction survey | _____ I do not want my child's CCSD data reviewed |

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian Email: _____ @ _____

Parent/guardian name: _____ Date: _____

Parent/guardian signature: _____

SIGN BOTH SIDES



Insurance

Does your child have: Medicaid Nevada Check-Up (CHIP) Private insurance No insurance
Name of insurance: _____ Insurance ID# _____

If you're uninsured, are you interested in Medicaid enrollment assistance with Future Smiles? **No** **Yes**

Dental History

About how long has it been since your child last visited a dentist? Include all types of dentists, such as orthodontists, oral surgeons, and all other dental specialists, as well as dental hygienists.

Less than 6 months 6 months-1 year 1-3 years More than three years Never

Does your child have an established dentist?

No Yes If yes, name of dentist: _____

Is your child experiencing oral pain (toothache, sore gums, etc.)?

No Yes

Has your child gone to the emergency room for a dental-related emergency this year?

No Yes

Medical History

Is the child taking any prescription or non-prescription medications? **No** **Yes**

If yes, please list medications here: _____

Does the child have any allergies (latex, nuts, medication, etc.)? **No** **Yes**

If yes, list allergies here: _____

Has your child had a serious health problem? _____

Demographics

Number of adults living in your household: _____ **Number of children living in your household:** _____

Monthly income \$ _____

What is your highest level of education?

Less than high school High school diploma/GED Some college Bachelor's degree or higher

What is your source of income (you may select more than one option)

Job Unemployment/TANF Social security/SSI Other No income

Does your child live with: Single parent Both parents Other

What is your current housing?

Own Rent Homeless Other

Parent/guardian signature:

SIGN BOTH SIDES



Future Smiles es un programa sin fines de lucro dedicado a ayudar a los niños a lograr una vida de bienestar dental al proporcionar una amplia gama de servicios educativos, preventivos y de restauración. Los servicios coordinados de un higienista dental y un dentista general incluyen exámenes/exámenes dentales, radiografías, limpiezas dentales, barniz de fluoruro, Y selladores dentales. Esta forma de consentimiento es solo para los servicios dentales de higiene. Los servicios de restauración son disponibles en el NWP Dental Wellness Center y requieren una forma de consentimiento separada, o pondrán ser referidos a su oficina dental o a las oficinas dentales de clínicas comunitarias.

La participación de su hijo/hija es voluntaria y los elegibles para estos servicios incluyen:

- Estudiantes de CCSD de 18 años o menos
- Sin seguro
- Estudiantes no CCSD de 18 años o menos que tienen un hermano en CCSD
- Medicaid / CHIP o seguro privado

Para que su hijo/hija reciva estos servicios. USTED TIENE QUE DAR TODA LA INFORMACION REQUERIDA ABAJO Y FIRMAR EN LAS AREAS INDICADAS

INICIAL PARA SI Sí, autorizo a un higienista dental de salud pública para evaluar los molares / premolares permanentes de mi hijo y luego autorizo la colocación de selladores dentales en los dientes indicados por el personal de Future Smiles, estudiantes de higiene dental / dental y / o voluntario Higienistas dentales. También autorizo que todos los servicios dentales preventivos incluyan limpieza dental, barniz de fluoruro y radiografías de los dientes de mi hijo. Estoy de acuerdo en aceptar recordatorios de citas y otros mensajes en mi teléfono y correo electrónico, permitir que Future Smiles utilice la imagen de mi hijo, para realizar una encuesta de satisfacción y revisar los datos de CCSD de mi hijo para la evaluación y promoción del programa. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a Future Smiles ni a sus socios por reacciones negativas como resultado de la atención recibida por mi hijo o por mí. Si corresponde, apruebo la facturación de Medicaid / CHIP o seguro privado por los servicios prestados.

Informacion del niño/nina

Nombre de niño/a: _____

Estudiante ID #: _____ Fecha de nacimiento: _____ Años _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado NV Código postal: _____

Género: Mujer Hombre

Raza del niño: Americano africano/negro Nativo Americano/Nativo Alaska Asiático Hispana
 Blanco/caucásico Nativo hawaiano/isleño del Pacífico Raza mixta Otros

Escuela: _____ Grado de: _____ Profesor: _____

¿Su hijo recibe un almuerzo gratis? No Sí ¿El niño está en un IEP? No Sí

Servicios

Por favor indique si usted no desea que su hijo reciba servicios específicos

<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo reciba selladores	<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo reciba barniz de fluoruro
<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo tenga una limpieza dental	<input type="checkbox"/> No quiero la imagen de mi hijo sea utilizada por Future Smiles
<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo reciba radiografías dentales	<input type="checkbox"/> No quiero mensajes en mi teléfono o texto
<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo tome una encuesta de satisfacción	<input type="checkbox"/> No quiero datos que revisen datos de CCSD de mi hijo/a

Informacion de padres/guardian

Correo electronico de padres/guardian: _____ @ _____

Padre de Familia o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de padres/guardian:

FIRME LOS DOS LADOS



Seguro dental

Tiene su hijo: Medicaid Nevada Check-Up (CHIP) Seguro privado Sin seguro

Nombre del compañía de seguro: _____ Numero de identificación: _____

Si usted no tiene seguro dental, usted esta interesado en la ayuda para la inscripcion del Medicaid? No Sí

Historia Dental

¿Cuánto tiempo tiene desde que su hijo/a visito a un dentista? Incluyen todos los tipos de dentistas, ortodoncistas, cirujanos orales y todos los demás especialistas dentales o higienistas dentales (por favor marque uno).

Menos de 6 meses 6 meses-1 año 1-3 años Más de 3 años Nunca

¿Tiene su hijo un dentista establecido?

No Sí En caso afirmativo, nombre del dentista: _____

¿El niño/a tiene algun dolor oral (dolor de muelas, dolor en las encías, etcétera)?

No Sí

¿A llevado a su hijo/a, a una sala de emergencias de hospital por salud dental durante este año?

No Sí

Historia Medica

¿El nino/nina esta tomando algun medicamento prescripto o sin prescripcion? No Sí

En caso afirmativo, porfavor de la lista de medicamentos aqui: _____

¿Tiene su hijo alergia alguna (por ejemplo, medicina, látex, nuez, etcétera)? No Sí

En caso afirmativo, porfavor de la lista de alergias: _____

¿Ha tenido su hijo alguna vez un serio problema de salud? _____

Demografía

Número de adultos que viven en su hogar: _____ Número de niños que viven en su hogar: _____

Ingresos mensuales \$ _____

¿Cuál es el mayor nivel de educación de los padres?

Menos de secundaria Diploma de escuela secundaria/GED Algo de Universidad Licenciatura o superior

¿Cuál es su fuente de ingresos? (puede seleccionar más de una opción)

Empleo Desempleo/TANF Seguro social/SSI Otros Sin ingresos

¿Su hijo vive con los siguientes miembros de familia? Solo padre Ambos padres Otros

¿Cuál es su actual vivienda?

Propia Alquiler Sin hogar Otros

Firma de padres/guardian:

FIRME LOS DOS LADOS

Notice of Privacy

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.

With your consent, the program is permitted by federal privacy laws to make uses and disclosures of your health information for purposes of treatment, payment, and health care operations. Protected health information is the information we create and obtain in providing our services to you. Such information may include documenting your symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment, and applying for future care or treatment. It also includes billing documents for those services.

Example of use of your health information for treatment purposes:

Clinical staff obtains information about you and records it in a health record. During the course of your treatment, the clinical staff determines a need to consult with another dental professional in the area. The clinical staff will share the information with dental professional to obtain input.

Example of use of your health information for payment purposes: The program may submit a request for payment to Medicaid/CHIP and/or your insurance company. Medicaid/CHIP or the insurance company may request information from us regarding the dental care provided. We will provide information to them about you and the care given.

Example of use of your information for health care operations: The program tracks internal information regarding the populations served by the program through detailed measurements to include but are not limited by: quality assessment, quality improvement, outcome evaluation, protocol and clinical guidelines development, training programs, credentialing, medical review, legal services, insurance filings and outreach assessments. We will share information about you with our partners as necessary to obtain services, program review and funding opportunities.

The health records we maintain and billing records are the physical property of the program. The information in it, however, belongs to you. You have a right to:

- Request a restriction on certain uses and disclosures of your health information by delivering the request in writing our office. We are not required to grant but we will comply with any request granted;
- Request that you be allowed to inspect and copy your health record and billing record-you may exercise this right by delivering the request in writing to the program;
- Appeal a denial of access to your protected health information except in certain circumstances;
- Request that your health care record be amended to correct incomplete or incorrect information by delivering a written request to the program;
- File a statement of disagreement if your amendment is denied, and require that the request for amendment and any denial be attached in all future disclosures of your protected health information;
- Obtain an accounting of disclosures of your health information as required to be maintained by law by delivering a written request to the program. An accounting will not include internal uses of information for treatment, payment, or operations, disclosures made to family members or friends in the course of providing care;
- Request that communication of your health information be made by alternative means or at an alternative location by delivering the request in writing to our office; and,
- Revoke authorization that you made to use or disclose information except to the extent information or action has already been taken by delivering a written revocation to the program.

Our Responsibilities

The program is required to:

- Maintain the privacy of your health information as required by law;
- Provide you with a notice of our duties and privacy practices as to the information we collect and maintain about you;
- Abide by the terms of this Notice;
- Notify you if we cannot accommodate a requested restriction or request; and
- Accommodate your reasonable requests regarding methods to communicate health information with you.

The program reserves the rights to amend, change, or eliminate provisions in our privacy practices and access practices and to enact new provisions regarding the protected health information we maintain. If our information changes, we will amend our Notice. You are entitled to receive a revised copy of the Notice by calling and requesting a copy of our "Notice" or by visiting our facility and picking up a copy.

To request information or file a complaint

If you have questions, and would like additional information, or want to report a problem regarding the handling of your information please write to:

Future Smiles
3074 Arville Street Las Vegas, Nevada 89102

You may also file a complaint by mailing it or emailing it to the Secretary of Health and Human Services.

- The program cannot, and will not, require you to waive the right to file a complaint with the Secretary of Health and Human Services (HHS) as a condition of receiving treatment. Nor will the program retaliate against you for filing a complaint.

Other Disclosures

Notification

Unless you object, we may use or disclose your protected health information to notify, or assist in notifying, a family member, personal representative, social worker, school counselor, schoolteacher, or other person responsible for your care, about your location, and your general condition, or your death.

Communication with Family

Using our best judgment, we may disclose to a family member, other relative, or other person responsible for your care, your health information relevant to that person's involvement in your care or in payment for such care if you do not object or in an emergency.

Abuse and Neglect

The program may disclose your protected health information to public authorities as allowed by law to report abuse or neglect.

Health Oversight

Federal law allows us to release your protected health information to appropriate health oversight agencies or for health oversight activities.

Other Uses

Other uses and disclosures besides those identified in this Notice will be made only as otherwise authorized by law or with your written authorization and you may revoke the authorization as previously provided.

Nota de Privacidad

Esta nota describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada, compartida y cómo usted puede conseguir acceso a esta información. Por favor revíselas cuidadosamente.

Con su consentimiento, el programa es permitido por leyes federales privadas de usar y compartir su información de su salud con intenciones sobre su tratamiento médico, pago, y procedimientos médicos. La información que obtenemos es la que creamos cuando le proporcionamos nuestros servicios a usted. Tal información puede incluir documentación de sus síntomas, resultados de la examinación y estudio, diagnóstico, tratamiento, y solicitar el cuidado o tratamiento futuro. También incluye los documentos de facturación para esos servicios.

Ejemplo del uso de su información médica para propósitos del tratamiento: El personal clínico obtiene la información sobre usted y la registra en un expediente. Durante el curso de su tratamiento, el personal clínico determina si hay necesidad de consultar con otros dentistas profesionales en el área. El personal clínico compartirá su información con el profesional dental para obtener respuestas.

Ejemplo del uso de su información médica sobre propósitos de pago: El programa puede someter una factura a Medicaid/CHIP y/o a su compañía de seguros sobre el reembolso. Medicaid/CHIP o la compañía de seguros puede solicitar la información de nosotros con respecto al cuidado dental proporcionado. Les suministraremos la información sobre su tratamiento.

Ejemplo del uso de su información para las operaciones medicas: El programa mantiene la información interna con respecto a las poblaciones servidas por el programa con medidas detalladas para incluir sino para no ser limitado cerca: la evaluación de calidad, el mejoramiento de calidad, la evaluación del resultado, el protocolo y el proceso de las guías clínicas, programas de entrenamiento, revisión de credenciales, revisión médica, servicios legales, pedir reembolso del seguro y evaluaciones de extender la mano. Compartiremos la información sobre usted con nuestros socios cuanto sea necesario para obtener servicios, la revisión del programa y oportunidades de financiamiento.

Los expedientes de la salud que mantenemos y los expedientes de la facturación son la propiedad del programa. La información en ella, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

Solicitar una restricción en ciertas aplicaciones y accesos de su información médica escribiéndole a la oficina de Future Smiles. No nos requieren conceder sino que nos conformaremos con cualquier petición concedida;

Solicitar a que le permitan examinar y copiar su expediente y facturación médica puede ejercitar este derecho entregando una petición escrita a nuestro programa;

Apelar una negociación del acceso a su información médica protegida excepto en ciertas circunstancias;

Solicitar que su expediente médico sea enmendado para corregir la información incompleta o incorrecta entregando una petición escrita al programa;

Remitir una declaración del desacuerdo si se niega su enmienda, y puede requerir que la enmienda y cualquier negación esté unido con todos sus expedientes futuros de su información médica;

Obtenga una contabilidad de accesos de su información médica que requiere ser mantenida por la ley entregando una petición escrita al programa. Una contabilidad no incluirá aplicaciones internas de la información para el tratamiento, pago, o las operaciones, los accesos hechos a los miembros de la familia o los amigos en el curso de proporcionar cuidado;

Solicite que la comunicación de su información media sea hecha por medios alternativos o en una localización alternativa entregando la petición escrita a nuestra oficina; y,

Revoque la autorización que usted hizo para utilizar o divulgar la información excepto a la información o a la acción que ha sido tomada entregando una revocación escrita al programa.

Nuestras responsabilidades

Se requiere que el programa:

Mantenga la privacidad de su información médica según los requisitos de la ley;

Proveer le a usted un aviso de nuestros deberes y prácticas de privacidad en cuanto la información que recogemos y mantenemos sobre usted;

Seguir los términos de este aviso;

Notificarle si no podemos acomodar una restricción o una petición solicitada; y

Acomodar sus peticiones razonables con respecto a métodos de comunicar su información médica.

El programa reserva los derechos de enmendar, de cambiar, o de eliminar provisiones en nuestras prácticas de privacidad y de tener acceso a prácticas y de establecer nuevas provisiones con respecto a la información médica protegida que mantenemos. Si nuestra información cambia, enmendaremos nuestro aviso. Tiene derecho a recibir una copia del aviso modificado llamando y o recogiendo una copia en nuestra oficina.

Para solicitar información o hacer una queja

Si usted tiene preguntas, y quisiera información adicional, o desea comunicar un problema con respecto a su información médica favor de escribir a:

Sonrisas del futuro
3074 Arville Street Las Vegas, Nevada 89102

Usted también puede hacer una queja pro correo o correo electrónico a la secretaria de los servicios de salud y humanos.

- El programa no puede, y no, requiere que usted renuncie sus derechos de hacer una queja con la secretaria de los servicios de salud y humanos (HHS) como condición a recibir tratamiento. El programa no tomará desagravio contra usted por hacer una queja.

Otras declaraciones

Notificación

A menos que usted se oponga, podemos utilizar o divulgar su información protegida medica para notificar, o asistir en notificar, al miembro de la familia, el representante personal, el trabajador social, el consejero de la escuela, el maestro, o la otra persona responsable de su cuidado, sobre su localización, y su condición general, o su muerte.

Comunicación con su familia

Usando nuestra mejor discreción, podemos divulgar al miembro de la familia, o a otro pariente, o a otra persona responsable de su cuidado, su información de salud dependiendo del nivel de implicación de esa persona en su cuidado o el pago para tal cuidado si usted no se opone o en una emergencia.

Abuso y negligencia

El programa puede divulgar su información privada medica a las autoridades públicas según la ley para divulgar abuso o negligencia.

Descuido de salud

La ley federal permite que lancemos su información protegida de salud para apropiarse de las agencias del descuido de salud o para las actividades del descuido de salud.

Otras aplicaciones

Otras aplicaciones y accesos además de éstos identificados en este aviso serán hechos solamente como autorizados de otra manera por la ley o con su autorización escrita y usted puede revocar la autorización como proporcionada previamente.