



# MISSED DENTAL CARE DUE TO COVID?

## Get in-school dental care at **NO COST\*** to you.

\* For patients covered by Medi-Cal (also known as BIC, Denti-Cal or Medicaid)

**Sign Up Online!**  
[www.MySchoolDentist.com](http://www.MySchoolDentist.com)

Scan the code  
with your  
phone.



### Taking care of your child's teeth is important to keep them healthy.

**EASY & CONVENIENT** - Big Smiles will regularly check your child's mouth & teeth, and provide a cleaning, necessary x-rays, fluoride treatment, and 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. **SIGN AND RETURN TO YOUR SCHOOL TODAY!**



### PLEASE COMPLETE

Child's Legal Name		Birth Date	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address	City	State	Zip
School	Teacher		Grade
Parent/Guardian Name		Phone (     )     )	
Email		Alt Phone (     )     )	

### 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.**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Active contagious diseases (including COVID-19) | <input type="checkbox"/> Allergies-foods/seasonal | <input type="checkbox"/> Bleeding disorders | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Kidney disease |
| <input type="checkbox"/> Asthma  | <input type="checkbox"/> Allergies-medications    | <input type="checkbox"/> Breathing problems | <input type="checkbox"/> Heart problems   | <input type="checkbox"/> Liver disease  |
| <input type="checkbox"/> Other _____                                     | <input type="checkbox"/> Behavior problems        | <input type="checkbox"/> Dental problems    | <input type="checkbox"/> Immune disorders | <input type="checkbox"/> Seizures       |
- Explain \_\_\_\_\_

List current medications and/or dental concerns: \_\_\_\_\_

### IF CHILD HAS MEDI-CAL (also known as BIC, Denti-Cal or Medicaid)

**IMPORTANT: IF YOU HAVE MEDI-CAL, WE MUST HAVE YOUR ID NO. IN ORDER FOR THE DENTIST TO SEE YOUR CHILD.**

Circle one of the following: Access, Denti-Cal, HealthNet, Liberty

Enter Child's ID Number HERE: → ID No.

9																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 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 CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE

I may be interested in paying for dental services. Please contact me.

**If your child sees a dentist regularly, and you want to continue care with that dentist, you should do so.**

### READ & SIGN BELOW (If you have questions or would like to speak to a dentist, please call us at 855-481-8639.)

I understand and authorize Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation (Provider), its affiliated dentists and dental hygienists, and UCLA School of Dentistry Externs under dentist supervision, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian. Dental services include an exam, cleaning, fluoride, sealants, Preventive Resin Restoration, 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, extractions of problem baby teeth, performing a pulpotomy (baby tooth nerve treatment), numbing the mouth and teeth, and other procedures as needed. 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.

**SIGN & DATE HERE**

\_\_\_\_\_ This consent authorizes the initial and future dental visits.

DATE \_\_\_\_\_

**For your privacy,  
please fold & secure.**



**QUESTIONS: 1-855-481-8639    FAX: 1-888-330-4331    Visit us at BigSmilesDental.com**

Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation  
3201 Wilshire Blvd., Suite 110, Santa Monica, CA 90403  
© Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation, 2021

## IMPORTANT NOTICE & CONSENT

I understand and authorize Elliot Paul Schlang, DDS, Professional Corporation (Provider), its affiliated dentists and dental hygienists, and UCLA School of Dentistry Externs under dentist supervision, 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, digital x-rays (patient will be exposed to a minimal dose of radiation), dental sealants (a thin layer of resin bonded to the enamel grooves of molars to protect them from tooth decay), Preventive Resin Restoration (PRR - removal of minor decay in the enamel grooves and the placement of a composite sealant), as well as the application of Silver Diamine Fluoride to treat the progression of tooth decay. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color.) I authorize the dentist, or UCLA School of Dentistry Externs under supervision, 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 & direct Provider to bill & 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 Denti-Cal number in order to bill payer for services. Further, I authorize the release of my child's Denti-Cal number by Provider or its billing agent to Denti-Cal. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. 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, simply 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.

## KEEP FOR YOUR RECORDS

ELLIOT PAUL SCHLANG, DDS, PROFESSIONAL CORPORATION

Mandana Akbarian-Borojeni, DMD, James Bell, DMD, Mehravar Brown, DDS, Shawn Bruening, DDS, Mariana Carter, DDS, Arlene Cotas, DMD, Ricardo Delgado, DDS, Zita Dominici, DDS, Karen Eisenhofer, DDS, Andrew Elkins, DDS, Sharon Friend, DMD, Katrina Go, DDS, Harry Hom, DDS, Stephen Isberg, DDS, Leland Jung, DDS, Mohammad Khaleghi, DDS, Bum Kim, DDS, Kyoung Lee, DDS, Kenneth Lu, DDS, Afroz Moghadam, DDS, Carolina Moura, DMD, Samia Naem, DMD, Michelle Nguyen, DDS, An Nguyen-Wong, DDS, Essence Page, DDS, Shreyasi Parikh, DMD, Thomas Poelman, DDS, Azeem Qureshi, DDS, Manisha Ramchandani, DDS, Maria Revilla, DMD, Ghazal Rokhsar, DDS, Kathleen Rolfes, DMD, Panna Ruparel, DDS, Anna Sales, DMD, Ritu Salwan, DDS, Roger Sandoval, DDS, Elliot Schlang, DDS, Laila Shams, DDS, Jeffrey Shaw, DDS, Leah Spiegel, DDS, Erica Tam, DMD, Wan-Jou Renee Wang, DMD, Jennifer Wang, DDS, Helen Yeung, DDS, Mona Zaky, DDS, Ron Zeidler, DMD, Viacheslav Zoubtsov, 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, 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 medical 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. 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: February 1, 2018

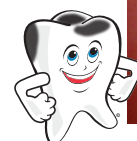
## Silver Diamine Fluoride (SDF) - A new dental treatment to fight cavities

Dental cavities are very common in children, but now our in-school 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. It is simply brushed on the tooth.

#### About SDF

- The in-school dentist will use SDF on back teeth only.
- It's normal for SDF to stain the cavity brown or black.
- The brown/black color means that the SDF is working.
- The healthy parts of the tooth will not be stained.
- SDF treatment may not eliminate the need for a traditional filling.
- SDF can temporarily stain nearby areas in the mouth. The stain causes no harm and should disappear on its own within a few days to a couple of weeks.
- SDF may cause a temporary metallic taste.

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





# ¿PERDIÓ CUIDADO DENTAL DEBIDO A COVID?

## Obtenga atención dental en la escuela SIN COSTO\* para usted.

\* Para pacientes con convertura Medi-Cal (también conocido como BIC, Denti-Cal o Medicaid)

¡Regístrese en línea!  
www.MySchoolDentist.com

Escanee el código con su teléfono.



### Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.

**FÁCIL Y CONVENIENTE** - Big Smiles revisará regularmente la boca y los dientes de su hijo, y le proporcionará una limpieza, rayos-x necesarios, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. También se pueden proporcionar cuidados adicionales, como rellenos. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Permiso incluye tratamiento recibido y requerido. ¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!



#### LLENE POR FAVOR

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro	Grade	
Padre/Tutor Legal	Teléfono ( )		
Correo electrónico	Teléfono Alt. ( )		

#### PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE SE APLICA A SU HIJO Y EXPLÍCITA EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. SI NO SE APLICA CONDICIONES, DEJE EN BLANCO.

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas activas (incluyendo COVID-19) | <input type="checkbox"/> Alergias-alimentos/estacionales | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado   | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón  |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Alergias-medicamentos           | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento     | <input type="checkbox"/> Problemas dentales      | <input type="checkbox"/> Trastornos inmunológico | <input type="checkbox"/> Convulsiones          |
- Explique \_\_\_\_\_

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: \_\_\_\_\_

#### NIÑO TIENE MEDI-CAL (también conocido como BIC, Denti-Cal o Medicaid)

**IMPORTANTE: SI USTED TIENE MEDI-CAL, DEBEMOS TENER SU NUMERO PARA QUE EL DENTISTA PUEDA VER A SU HIJO.**

Circule uno de los siguientes: Access, Denti-Cal, HealthNet, Liberty

Escriba el numero de identificación del niño AQUÍ: → ID No.

9																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de Aseguransa (no Medicaid)	Tel. Aseguransa ( ) -	
# Grupo	Empleador	Tel. de Empleador ( ) -
Nombre Adulto Asegurado	Fecha Nacim. Adulto Asegurado / /	
ID Miembro/# Póliza	# Seg. Soc. Adulto Asegurado - -	

#### NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL

Estoy interesado en pagar por servicios dentales. Por favor comuníquese conmigo.

Si su hijo ve a un dentista con regularidad y gustaría continuar tratamiento con él, debería seguir con su dentista.

#### LEA Y FIRME ABAJO (Si usted tiene preguntas o desea hablar con un dentista, por favor llámenos al 855-481-8639.)

Entiendo y autorizo a Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation (Proveedor), sus dentistas afiliados e higienistas dentales, y los Externos de Odontología de la Universidad de UCLA bajo supervisión del dentista, a proveer servicios dentales en la escuela para el niño nombrado anteriormente para el cual yo soy el padre custodio o tutor legal. Los servicios dentales incluyen un examen, limpieza, fluoruro, sellantes, Tratamiento Preventivo de Restauración, rayos -x y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata, según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier carie a un color marrón o negro. VEA ATRÁS PARA MÁS DETALLES.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, extracciones de dientes de leche, realizar una endodoncia (tratamiento de nervio del diente de leche), adormecimiento de la boca y dientes y otros procedimientos según sean necesarios. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD anterior e informaré cualquier cambio significativo en la salud de mi hijo al 855-481-8639. He leído el AVISO IMPORTANTE Y EL CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA y entiendo y acepto sus términos.

**FIRME Y FECHA AQUÍ**

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad doble y asegure.



PREGUNTAS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visítenos en: BigSmilesDental.com

Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation  
3201 Wilshire Blvd., Suite 110, Santa Monica, CA 90403  
© Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation, 2021

# AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

Entiendo y autorizo a Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation (Proveedor), sus dentistas afiliados e higienistas dentales, y los Externos de Odontología de la Universidad de UCLA bajo supervisión del dentista, a proporcionar los siguientes servicios para el niño nombrado para el que soy el padre custodio o tutor legal: examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza dental, tratamiento de flúoruro, rayos-x digitales (el paciente será expuesto a una cantidad mínima de radiación) sellantes dentales (una fina capa de resina adherida a las ranuras del esmalte de los molares para protegerlos de la caries dental), Tratamiento Preventivo de Restauración (TPR – eliminación de una carie leve en las ranuras de esmalte y la colocación de un sellador compuesto), así como la aplicación de Flúoruro Diamino de Plata para tratar la progresión de las caries dental. (El uso de Flúoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro.) Autorizo al dentista, o a los Externos de Odontología de la Universidad de UCLA bajo supervisión, a llenar cualquier carie o colocar una corona sobre el diente, extraer cualquier diente 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. Do yo 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 de proveedores y su agente de cobro el número de Denti-Cal de mi hijo con el fin de cobrar por los servicios. Además, autorizo la liberación del número de Denti-Cal de mi hijo por el proveedor o su agente de cobros para Denti-Cal. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. 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. Do yo 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, simplemente 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 proporcione 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.

## MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

ELLIOT PAUL SCHLANG, DDS, PROFESSIONAL CORPORATION

Mandana Akbarian-Borojeni, DMD, James Bell, DMD, Mehravar Brown, DDS, Shawn Bruening, DDS, Mariana Carter, DDS, Arlene Cotas, DMD, Ricardo Delgado, DDS, Zita Dominicis, DDS, Karen Eisenhofer, DDS, Andrew Elkins, DDS, Sharon Friend, DMD, Katrina Go, DDS, Harry Horn, DDS, Stephen Isberg, DDS, Leland Jung, DDS, Mohammad Khaleghi, DDS, Bum Kim, DDS, Kyoung Lee, DDS, Kenneth Lu, DDS, Afroz Moghadam, DDS, Carolina Moura, DMD, Samia Naem, DMD, Michelle Nguyen, DDS, An Nguyen-Wong, DDS, Essence Page, DDS, Shreyasi Parikh, DMD, Thomas Poelman, DDS, Azeem Qureshi, DDS, Manisha Ramchandani, DDS, Maria Revilla, DMD, Ghazal Rokhsar, DDS, Kathleen Rolfes, DMD, Panna Ruparel, DDS, Anna Sales, DMD, Rituu Salwan, DDS, Roger Sandoval, DDS, Elliot Schlang, DDS, Laila Shams, DDS, Jeffrey Shaw, DDS, Leah Spiegel, DDS, Erica Tam, DMD, Wan-Jou Renee Wang, DMD, Jennifer Wang, DDS, Helen Yeung, DDS, Mona Zaky, DDS, Ron Zeidler, DMD, Viacheslav Zoubtsov, 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 pedido.

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 o 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 a 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 de 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 de 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 borre 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 restringamos 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. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 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: February 1, 2018

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

Las caries dentales son muy comunes en los niños, pero ahora nuestros dentistas dentro de la escuela tienen una alternativa segura sin dolor a los procedimientos tradicionales de perforación en las 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 en otros dientes. Simplemente se cepilla en el diente.

### Acerca de SDF

- El dentista de la escuela usará SDF solo en los dientes posteriores.
- Es normal que el SDF manche las caries de color marrón o negro.
- El color marrón / negro significa que el SDF está funcionando.
- Las partes sanas del diente no se mancharán.
- El tratamiento con SDF no necesariamente elimina la necesidad de un relleno tradicional.
- SDF puede manchar temporalmente las áreas cercanas en la boca. La mancha no causa daño y debe desaparecer por sí sola en unos pocos días o en un par de semanas.
- SDF puede causar un sabor metálico temporal.

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



Caries



SDF aplicado

