



THE DENTIST IS COMING TO YOUR SCHOOL!
Our school has joined with Ohio Dental Outreach to offer in-school dental care at NO COST* to you.

SAVE TIME!
 Sign up online
www.MySchoolDentist.com

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

EASY & CONVENIENT - A state licensed dentist will regularly check your child's mouth & teeth, as well as provide a cleaning, x-rays as necessary, fluoride treatment and apply sealants, as needed. Additional care, such as fillings, may also be provided. A dental report card will be sent home with your child. 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 or dental conditions or disabilities? This may include heart issues, breathing problems, brain/seizure disorders, allergies (including drug allergies), diabetes, bleeding problems, communicable diseases or immune disorders etc. If Yes, explain below (attach additional pages as needed). IF NO, LEAVE BLANK.

List current medications _____ List any dental concerns _____

IF CHILD HAS MEDICAID/HEALTHY START/HEALTHY FAMILIES

Enter Child's Recipient ID Number HERE: →

Circle one of the following: Medicaid, CareSource, United Healthcare, Buckeye, Molina, Paramount, Other: _____

*Medicaid & Healthy Start/Healthy Families cover 100% of treatment

OR Child's Social Security # (if available) - -

IF CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE

Ins. Company name (other than Medicaid) _____ Ins. Phone _____

Group # _____ Employer name _____ Co. phone _____

Name of Insured Adult _____ BIRTH DATE of Insured Adult _____

Member ID/Policy # _____ Social Security # of insured adult _____

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE

(ALSO CHECK ONE BELOW) If paying for services, staple check or money order to this form & make payable to: Ohio Dental Outreach.

- I will pay the reduced fee for a dental cleaning, screening & fluoride per visit. Ages 13 or younger: **\$43.00** Ages 14 or older: **\$56.00**
- I request donated care to cover the cost of a dental cleaning, screening and fluoride for my child. (We will send you a donated care application. Available only once per school year for preventive care only.)

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

READ & SIGN BELOW

I request that the dentist perform a dental check-up on my child at school which includes exam, cleaning, fluoride, sealants and x-rays as needed, as well as other dental work as needed, including fillings, extractions of infected baby teeth, numbing the mouth and teeth and other procedures as described more fully on the back of this page. This permission includes future dental visits. 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 also read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS PAGE and understand and agree to its terms.

SIGN & DATE HERE →

For your privacy, please fold & secure.

DATE _____

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

Elliott P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director
 Elliott P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 6725 W. Central Ave., Suite M #111, Toledo, OH 43617
 © Elliott P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 2018

اقلب الصفحة للغة العربية



IMPORTANT NOTICE & CONSENT / الإشعار الهام والموافقة

I understand and authorize Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants. I authorize the dentist to fill any cavities or to place a crown over the tooth if needed. I authorize Provider to extract any problem baby teeth or perform a pulpotomy (treatment of the nerves inside the tooth) as needed. I understand that there are risks to dental treatment including swelling or pain that may occur from the 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 authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payor. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Treatment by the in-school dentist may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, 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 and is valid for 18 months. I may withdraw this consent at any time by calling 800-409-2563.

أفهم وأفوض اليوت ب. شلانغ، دكتور في جراحة الأسنان، Dental Outreach PLLC (مقدم الخدمة)، وأطباء الأسنان التابعين لها لتقديم الخدمات التالية للطفل المذكور أعلاه بصفتي الوالد الحاضن أو الوصي القانوني: فحص الأسنان، وتنظيف الأسنان، والعلاج بالفلورايد، والأشعة السينية وحشو الأسنان. وأفوض طبيب الأسنان لحشو أي تجاويف أو لوضع تاج فوق الأسنان إذا لزم الأمر. وأفوض مقدم الخدمة لقطع أي أسنان لبنية تسبب مشكلة أو إجراء خلع للثني (علاج الأعصاب داخل السن) إذا لزم الأمر. وأفهم أن هناك مخاطر لعلاج الأسنان بما في ذلك التورم أو الألم الذي قد يحدث نتيجة حقن مخدر موضعي أو تفاعل حساسية. (للحصول على المزيد من المعلومات بشأن مخاطر العلاج وبدائل العلاج، يرجى الاتصال على الرقم المذكور). وأفوض وأوجه مقدم الخدمة بفترة وتحصيل أي مبالغ من Medicaid أو التأمين أو جهة سداد أخرى. إذا كان لدي تأمين أسنان خاص، سيتم محاسبتني وأوافق على دفع أي مدفوعات قابلة للاستقطاع وأوافق على دفع أي مدفوعات قابلة للاستقطاع. قد يؤثر العلاج عن طريق طبيب الأسنان في المدرسة على الاستحقاقات المستقبلية التي قد يحصل طفلك عليها بموجب التأمين الخاص أو Medicaid أو CHIP. ما لم أقم بإجراء ترتيبات مسبقة للحضور، وأتواجد أثناء تقديم الخدمة، فإنه سيتم تقديم الخدمات دون وجودي. وقد نرسل لك رسائل نصية حول برنامج علاج الأسنان في المدرسة. وقد يتم فرض رسوم على الرسائل والبيانات من قبل مزود الخدمة اللاسلكية الخاص بك؛ وللتوقف عن الاستلام، قم بالرد بكلمة «STOP» على أي رسالة تستلمها منا. وتوافق أيضاً على استقبال مكالمات هاتفية مسجلة مسبقاً وأوافق على إرسال البيانات من قبل مزود الخدمة اللاسلكية الخاص بالخط الأرضي وأوافق على الموافقة في نموذج الموافقة هذا. استلمت إشعار ممارسات الخصوصية (NPP) الملحق بهذه الاستمارة وأوافق على إنشاء معلومات السجل الطبي لطفلي، بما في ذلك السجلات التي يتم الحصول عليها من الجهات الأخرى، وأي إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والأمراض المعدية، والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والمخدرات والكحول، ومعلومات فقر الدم. وأفوض بإفشاء هذه المعلومات من قبل مقدم الخدمة لأي جهة سداد مسؤولة وأوافق على الخدمة الإدارية والمتعاقد مع من الباطن لأغراض الاستخدام والإفصاح المتعلقة بعلاج طفلي ودفع مقابل الخدمات وعملية الرعاية الصحية. تاذن هذه الموافقة الموقعة بزيارات علاج الأسنان المبدئية لطفلي والزيارات المستقبلية وهي صالحة لمدة 18 شهراً. ويجوز لي سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال على 800-409-2563.

KEEP FOR YOUR RECORDS

ELLIOT P. SCHLANG, DDS - GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

General Dentists - Brenda Bailey, DDS, Dennis Baum, DDS, Leonicia Blue, DMD, Karyn Boltz, DDS, James Cleary, DDS, John Dokler, DDS, Robert Dycman, DDS, Dwight Fox, DMD, Judy Gerson, DDS, Robert Hamann, DDS, Aubrey Morek, DDS, Christopher Ryba, DDS, Elliot Schlang, DDS, William Schmerge, DDS, John Dale Smith, 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

وفر الوقت!

سجل عبر الإنترنت

www.MySchoolDentist.com

طبيب الأسنان قادم إلى مدرستك!

انضمت مدرستنا إلى مبادرة علاج الأسنان في أوهايو لتقديم العناية
بالأسنان داخل المدرسة بدون تكلفة* من جانبك.

Ohio Dental Outreach
..the mobile dentists



العناية بأسنان طفلك أمر مهم للحفاظ على صحته.

السهولة والراحة - سوف يقوم طبيب أسنان مرخص من الولاية بفحص فم طفلك وأسنانه بانتظام، بالإضافة إلى توفير التنظيف والأشعة السينية عند اللزوم، والعلاج بالفلورايد واستخدام مواد الحشو، حسب الحاجة. ويمكن أيضاً تقديم رعاية إضافية، مثل الحشو. وسيتم إرسال بطاقة تقرير علاج الأسنان إلى المنزل مع طفلك. ويشمل ذلك الرعاية الأولية للأسنان وزيارات المتابعة! يرجى التوقيع على الاستمارة وإعادتها إلى المدرسة اليوم!

يرجى الإكمال

الاسم القانوني للطفل	تاريخ الميلاد	ذكر <input type="checkbox"/>	أنثى <input type="checkbox"/>
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
المدرسة	المعلم	الصف	
اسم الأب/ولي الأمر	الهاتف	()	
البريد الإلكتروني	الهاتف البديل	()	

أسئلة صحية مهمة

هل يعاني طفلك من أي حالات طبية أو مشاكل تتعلق بالأسنان أو إعاقات سابقة أو حالية؟ قد يشمل هذا مشاكل القلب أو مشاكل التنفس أو اضطرابات الدماغ/النوبات أو الحساسية (بما في ذلك الحساسية من الأدوية) أو مرض السكري أو مشاكل النزيف أو الأمراض المعدية أو الاضطرابات المناعية... إلخ. إذا كان الجواب نعم، اشرح أدناه (قم بإرفاق صفحات إضافية حسب الحاجة). وإذا كان الجواب لا، اترك هذه المساحة فارغة.

اذكر الأدوية الحالية _____ اذكر أي مشاكل تتعلق بالأسنان _____

في حالة التأمين على طفلك لدى Medicaid/Healthy Start/Healthy Families

ضع دائرة حول أحد الخيارات التالية: Medicaid • CareSource • United Healthcare • Buckeye • Molina • Paramount • أخرى: _____

أدخل رقم هوية مستلم الطفل هنا: _____

*تغطي Medicaid و Healthy Start/Healthy Families نسبة ١٠٠٪ من تكلفة العلاج

أو رقم الضمان الاجتماعي للطفل (إذا كان متوفراً) _____

إذا كان الطفل لديه تأمين أسنان خاص _____ (اسم شركة التأمين (غير Medicaid) _____ هاتف شركة التأمين _____

رقم المجموعة _____ اسم رب العمل _____ رقم هاتف الشركة _____

اسم الشخص البالغ المؤمن عليه _____ تاريخ ميلاد الشخص البالغ المؤمن عليه _____ رقم العضو/رقم البوليصة _____ رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ المؤمن عليه _____

إذا كان الطفل لا يمتلك تأميناً للأسنان (حدد أيضاً أحد الخيارات التالية) في حالة سداد مقابل الخدمات، يرجى إرفاق شيك أو حوالة مالية بهذه الاستمارة مستحقة الدفع لصالح: مبادرة علاج الأسنان في أوهايو.

سوف أدفع التكاليف المخفضة لتنظيف الأسنان وفحصها وعلاجها بالفلورايد في كل زيارة. ١٣ عاماً أو أصغر: ٤٣ دولاراً ١٤ عاماً أو أكبر: ٥٦ دولاراً

أطلب الحصول على رعاية ممنوحة دون مقابل لتغطية تكاليف تنظيف الأسنان والفحص والعلاج بالفلورايد لطفلي. (سوف نرسل لك طلب الرعاية ممنوحة دون مقابل. متاحة مرة واحدة فقط في كل سنة دراسة للرعاية الوقائية فقط.)

إذا كان طفلك يزور طبيب أسنان بانتظام، وكنت ترغب في مواصلة الرعاية مع هذا الطبيب، يمكنك فعل ذلك.

اقرأ ووقع أدناه

أرجو أن يقوم طبيب الأسنان بإجراء فحص للأسنان لطفلي في المدرسة، والذي قد يتضمن الفحص والتنظيف والعلاج بالفلورايد ومواد الحشو والأشعة السينية، حسب الضرورة، بالإضافة إلى أي علاج آخر للأسنان حسب الحاجة، بما في ذلك الحشو وخلع الأسنان اللبنية المصابة، وتخدير الفم والأسنان وغيرها من الإجراءات كما هو موضح بشكل كامل على ظهر هذه الصفحة. ويشمل هذا الزيارات لطبيب الأسنان في المستقبل. لقد قرأت الأسئلة الصحية المهمة أعلاه، وسوف أبلغ عن أي تغييرات هامة في صحة طفلي على الرقم 855-481-8639. لقد قرأت أيضاً **IMPORTANT NOTICE AND CONSENT** الإشعار الهام والموافقة على ظهر هذه الصفحة وأفهم وأوافق على شروطه.

لحفاظ على خصوصيتك،

يرجى طي الاستمارة وإغلاقها.

التاريخ _____

وقع وسجل التاريخ هنا



الأسئلة: 1-855-481-8639 الفاكس: 1-888-330-4331 تفضل بزيارتنا على: mobiledentists.com

اليوت ب. شلانغ، دكتور في جراحة الأسنان، طبيب الأسنان العام ومدير قسم الأسنان
اليوت ب. شلانغ، دكتور في جراحة الأسنان، Toledo, OH 43617, Suite M #111, Dental Outreach PLLC, 6725 W. Central Ave.,
Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC, 2018 ©

الإشعار الهام والموافقة / IMPORTANT NOTICE & CONSENT

I understand and authorize Elliot P. Schlang DDS, Dental Outreach PLLC (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants. I authorize the dentist to fill any cavities or to place a crown over the tooth if needed. I authorize Provider to extract any problem baby teeth or perform a pulpotomy (treatment of the nerves inside the tooth) as needed. I understand that there are risks to dental treatment including swelling or pain that may occur from the 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 authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payor. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Treatment by the in-school dentist may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, 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 and is valid for 18 months. I may withdraw this consent at any time by calling 800-409-2563.

أفهم وأفوض اليوت ب. شلانغ، دكتور في جراحة الأسنان، Dental Outreach PLLC (مقدم الخدمة)، وأطباء الأسنان التابعين لها لتقديم الخدمات التالية للطفل المذكور أعلاه بصفتي الوالد الحاضر أو الوصي القانوني: فحص الأسنان، وتنظيف الأسنان، والعلاج بالفلورايد، والأشعة السينية وحشو الأسنان. وأفوض طبيب الأسنان لحشو أي تجاويف أو لوضع تاج فوق الأسنان إذا لزم الأمر. وأفوض مقدم الخدمة لقطع أي أسنان لبنية تسبب مشكلة أو إجراء خلع للثني (علاج الأعصاب داخل السن) إذا لزم الأمر. وأفهم أن هناك مخاطر لعلاج الأسنان بما في ذلك التورم أو الألم الذي قد يحدث نتيجة حقن مخدر موضعي أو تفاعل حساسية. للحصول على المزيد من المعلومات بشأن مخاطر العلاج وبدائل العلاج، يرجى الاتصال على الرقم المذكور. أفوض وأوجه مقدم الخدمة بفترة وتحصيل أي مبالغ من Medicaid أو التأمين أو جهة سداد أخرى. إذا كان لدي تأمين أسنان خاص، سيتم محاسبتني وأوافق على دفع أي مدفوعات قابلة للاستقطاع وأوافق على دفع أي مدفوعات قابلة للاستقطاع أو تغطية جزئية. قد يؤثر العلاج عن طريق طبيب الأسنان في المدرسة على الاستحقاقات المستقبلية التي قد يحصل طفلك عليها بموجب التأمين الخاص أو Medicaid أو CHIP. ما لم أقم بإجراء ترتيبات مسبقة للحضور، وأتواجد أثناء تقديم الخدمة، فإنه سيتم تقديم الخدمات دون وجودي. وقد نرسل لك رسائل نصية حول برنامج علاج الأسنان في المدرسة. وقد يتم فرض رسوم على الرسائل وأوافق على الرسائل وأوافق على البيانات من قبل مزود الخدمة للاستخدام الخاص بك؛ وللتوقف عن الاستلام، قم بالرد بكلمة «STOP» على أي رسالة تستلمها منا. وتوافق أيضاً على استقبال مكالمات هاتفية مسجلة مسبقاً وأوافق على الاتصال تلقائياً ببرنامج الأسنان للمدارس على أرقام الخط الأرضي وأوافق على الهاتف الجوال المذكورة في نموذج الموافقة هذا. استلمت إشعار ممارسات الخصوصية (NPP) الملحق بهذه الاستمارة وأوافق على إنشاء معلومات السجل الطبي لطفلي، بما في ذلك السجلات التي يتم الحصول عليها من الجهات الأخرى، وأي إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والأمراض المعدية، والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والمخدرات والكحول، ومعلومات فقر الدم. وأفوض بإفشاء هذه المعلومات من قبل مقدم الخدمة لأي جهة سداد مسؤولة وأوافق على الإفصاح عن المعلومات الإدارية والمتعاقدين مع من الباطن لأغراض الاستخدام والإفصاح المتعلقة بعلاج طفلي ودفع مقابل الخدمات وعملية الرعاية الصحية. تاذن هذه الموافقة الموقعة بزيارات علاج الأسنان المبدئية لطفلي والزيارات المستقبلية وهي صالحة لمدة 18 شهراً. ويجوز لي سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال على 800-409-2563.

احتفظ به للرجوع إليه عند الحاجة.

اليوت ب. شلانغ، دكتور في جراحة الأسنان - طبيب الأسنان العام - مدير قسم الأسنان

أطباء الأسنان العموميون - بريندا بايلي، دكتورة في جراحة الأسنان، دينيس باوم، دكتور في جراحة الأسنان، ليونيسا بلو، دكتورة طب الأسنان، كارين بولتز، دكتورة في جراحة الأسنان، جيمس كليري، دكتور في جراحة الأسنان، جون دوكار، دكتور في جراحة الأسنان، روبرت ديكمان، دكتور في جراحة الأسنان، دوايت فوكس، دكتور طب الأسنان، جودي جيرسون، دكتور في جراحة الأسنان، روبرت هامان، دكتور في جراحة الأسنان، أوبري موريك، دكتورة في جراحة الأسنان، كريستوفر ريبا، دكتور في جراحة الأسنان، إليوت شلانغ، دكتور في جراحة الأسنان، ويليام شميرج، دكتور في جراحة الأسنان، جون ديل سميث، دكتور في جراحة الأسنان

إخطار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإخطار طريقة استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى الاطلاع عليه بعناية. احتفظ به للرجوع إليه عند الحاجة.

التذكير بالمواجد: قد نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها لنرسل لك التذكير بالمواجد (مثل رسائل البريد الصوتي، والبطاقات البريدية، أو الخطابات، أو رسائل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية).

أنشطة الرقابة الصحية: قد نفصح عن المعلومات الصحية لوكالة رقابة صحية بما يتوافق مع الأنشطة التي يسمح بها القانون. وتتمثل أنشطة الرقابة، على سبيل المثال، مراجعة الحسابات والتحققات وعمليات التفتيش ومسوح الترخيص. وهذه الأنشطة ضرورية للحكومة من أجل مراقبة نظام الرعاية الصحية ونقشي الأمراض وبرنامج الحكومة والامتثال لقوانين الحقوق المدنية وتحسين نتائج المرضى.

الدعوى والمنازعات: قد نفصح عن معلوماتك الصحية استجابة لأمر من محكمة أو أمر إداري. وقد نفصح أيضاً عن معلوماتك الصحية استجابة لمذكرة إحصار أو طلب اكتشاف أو إجراء قانوني آخر.

الاستخدامات وعمليات الإفصاح الأخرى: وفق ما يسمح أو يقضي به القانون، قد نستخدم أو نفصح عن معلوماتك الطبية لأغراض بحثية؛ وللمنظمات التي تتعامل أو ترافق التبرع بالأعضاء وزرعها، أو لتعويض العمال أو البرامج المماثلة للامتثال للقوانين المتعلقة بتعويض العمال أو البرامج المماثلة التي توفر فوائد لإصابات العمال أو المرضى؛ أو لأنشطة الصحة العامة مثل منع الأمراض أو السيطرة عليها، أو الإصابات أو العجز؛ أو للإبلاغ عن تفاعلات الأدوية أو مشاكل في المنتجات؛ أو للإبلاغ للأشخاص عن طلبات استدعاء المنتجات التي قد يستخدمونها أو للإبلاغ شخص قد يكون عرضة أو يواجه خطر التقاط أو نشر مرض؛ أو لموظفي الفحص الطبي لتحديد هوية شخص متوفى أو لتحديد سبب الوفاة، أو لمديري الجنازات لتقديم مهامهم.

حقوق المرضى

الوصول: يحق لك الاطلاع على معلوماتك الصحية أو الحصول على نسخ منها، مع استثناءات محدودة. ويجب أن تقدم طلباً خطياً للحصول على حق الوصول إلى معلوماتك الصحية وإرسال طلبك بالفاكس إلى الرقم الموجود في نهاية هذا الإشعار.

بيان الإفصاح: يحق لك الحصول على قائمة بحالات الإفصاح عن معلوماتك الصحية التي القيام بها بواسطتنا أو من خلال شركائنا. وفي حالة طلب هذا البيان أكثر من مرة واحدة في فترة 12 شهراً، فإنه يحق لنا مطالبتك بسداد رسوم معقولة على أساس التكلفة للاستجابة لهذه الطلبات الإضافية.

القيود: يحق لك أن تطلب منا وضع قيود على استخدامنا لمعلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها. وليس إلزاماً علينا أن نوافق على طلبك إلا عندما يكون الإفصاح لخطتك الصحية، وقد قمت (أو شخص ما نيابة عنك غير خطتك الصحية) بدفع المقابل الكامل لرعايتك الصحية، وأن يكون الإفصاح ملحقاً بالدفع بعمليات الرعاية الصحية، وأن يكون الإفصاح غير مطلوب على خلاف ذلك وفقاً للقانون. ومع ذلك، إذا وافقت على القيود، فإننا سنلتزم بهذا الاتفاق (إلا في حالة طوارئ).

الاتصالات البديلة: يحق لك أن تطلب منا كتابياً الاتصال بك بشأن معلوماتك الصحية عن طريق وسائل بديلة أو في مواقع بديلة محددة في طلبك الكتابي.

التعديل: يحق لك أن تطلب منا تعديل معلوماتك الصحية. ويجب أن يكون طلبك كتابياً، ويجب أن يفسر لماذا ينبغي تعديل هذه المعلومات. ويجب لنا رفض طلبك في ظل ظروف معينة.

الإشعار الإلكتروني: في حالة تلقي هذا الإشعار على موقعنا على شبكة الإنترنت أو عن طريق البريد الإلكتروني، فإنه يحق لك الحصول على هذا الإشعار في شكل مكتوب عند الطلب.

الأسئلة والشكاوى

إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية أو إذا كانت لديك أسئلة أو استفسارات، يرجى الاتصال بنا. إذا كنت قلقاً من أن نقوم بانتهاك حقوق خصوصيتك، يمكنك أن تقدم لنا شكوى باستخدام معلومات الاتصال الواردة في نهاية هذا الإشعار. ويحق لك أيضاً تقديم شكوى كتابية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. ولن نتقم بأي شكل من الأشكال إذا اخترت التقدم بشكوى لنا أو إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. مسؤول الاتصال: موظف HIPAA 888-833-8441

الفاكس: 888-330-4331

البريد الإلكتروني: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

تاريخ السريان: 1 فبراير 2018

واجبات القاتوني

سرية معلوماتك الطبية هامة بالنسبة لنا. نحن مطالبون بموجب القانون الفيدرالي والمحلي المعمول به في الولايات بالحفاظ على سرية المعلومات الصحية الخاصة بك. كما أننا مطالبون أيضاً بأن نقدم لك هذا الإخطار حول ممارسات الخصوصية، وواجباتنا القانونية، وحقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية. يجب أن نتبع ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإخطار أثناء سريانها. وسوف نبلغك في حالة تعرض معلوماتك الطبية غير الآمنة للاختراق.

نحتفظ بالحق في تغيير ممارسات الخصوصية وشروط هذا الإخطار في أي وقت، شريطة أن تسمح القوانين المعمول بها بمثل هذه التغييرات. ونحتفظ بالحق في إجراء التغييرات في ممارسات الخصوصية والشروط الجديدة في الإخطار الساري بالنسبة لجميع المعلومات الصحية التي نحتفظ بها، بما في ذلك المعلومات الصحية التي قمنا بإنشائها أو تلقيناها قبل إجراء التغييرات. قبل إجراء أي تغيير جوهري في سياسة الخصوصية، سوف نقوم بتغيير هذا الإخطار، وسيكون الإخطار الجديد متاحاً عند الطلب.

يمكنك طلب نسخة من الإخطار في أي وقت. وللحصول على المزيد من المعلومات حول ممارسات الخصوصية، أو للحصول على نسخ إضافية من هذا الإخطار، يرجى الاتصال بنا باستخدام المعلومات المذكورة في نهاية هذا الإخطار.

استخدامات المعلومات الصحية والإفصاح عنها

نستخدم والمعلومات الصحية الخاصة بك ونفصح عنها لتقديم العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. على سبيل المثال:

العلاج: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو نفصح عنها للطبيب أو ممرضة المدرسة أو غيرها من مقدمي الرعاية الصحية الذي يوفرون لك العلاج.

الدفع: قد نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها للحصول على مقابل الخدمات التي نقدمها لك.

عمليات الرعاية الصحية: قد نستخدم معلوماتك الصحية ونفصح عنها فيما يتعلق بعملياتنا التجارية مثل استعراض كفاءة أو مؤهلات المتخصصين في الرعاية الصحية وتقييم الممارس وأداء مقدم الخدمة.

الآذن: لا يجوز اللجوء إلى الاستخدامات أو عمليات الإفصاح في الوارد وصفها في هذا الإشعار إلا بإذن خطي من جانبك. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن نحصل على إذن خطي منك لبيع معلوماتك الطبية أو استخدام معلوماتك أو الإفصاح عنها لأغراض تزويدك بالسلع أو الخدمات التسويقية حيث يتم الدفع لنا لإجراء الاتصالات. وإذا قمت بمنحنا الإذن، يمكنك إلغاؤه كتابية في أي وقت. وإن يؤثر الإلغاء الذي نطلبه على أي استخدام أو عمليات إفصاح يسمح بها الإذن الخاص بك أثناء سريانها. وما لم نتخذنا إذناً كتابياً، لا يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو الإفصاح عنها لأي سبب من الأسباب ما عدا تلك المذكورة في هذا الإخطار.

لناعتك وأصدقائك والأشخاص المشاركين في رعايتك: قد نفصح عن معلوماتك الصحية لأحد أفراد العائلة أو صديق أو شخص آخر يشارك في رعايتك بالقدر اللازم للمساعدة في رعايتك الصحية أو في دفع مقابل رعايتك الصحية. وقد نفصح أيضاً عن معلوماتك الطبية لمنظمتنا الإغاثة في حالات الكوارث للمساعدة في تحديد مواقع الأشخاص أثناء الكوارث. وقد نستخدم معلوماتك الطبية أو نفصح عنها لإخطار أو المساعدة في إخطار أحد أفراد العائلة أو ممثل شخصي أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك عن موقعك أو حالتك العامة أو وفاتك. إذا كنت لا تريد أن نفصح عن معلوماتك الطبية لأفراد العائلة أو الغير في هذه الظروف، الرجاء إبلاغ موظف HIPAA لدينا على رقم 888-833-8441.

الطلب من قبل القانون: قد نستخدم معلوماتك الصحية أو نفصح عنها عندما يطلب منا القيام بذلك بموجب القانون.

السلامة العامة: قد نتاج إلى الإفصاح عن المعلومات الطبية لموظفي إنفاذ القانون، في حالات الاستجابة لأمر تفتيش أو أمر استدعاء لهيئة المحلفين الكبرى، أو لمساعدة موظفي إنفاذ القانون في التعرف على الشخص أو تحديد موقعه، أو للإبلاغ عن حالات الوفاة التي قد تكون ناجمة عن سلوك إجرامي، ولتقديم تقرير عن سلوك إجرامي في منشأتنا.

سوء المعاملة أو الإهمال: قد نفصح عن معلوماتك الصحية للسلطات المختصة إذا اعتدنا بشكل مقول أنك ضحية محتملة من الإهمال أو سوء المعاملة أو العنف المنزلي أو ضحية محتملة لجرائم أخرى. وقد نفصح عن معلوماتك الصحية إلى الحد الضروري لتجنب تهديد خطير لصحتك أو سلامتك أو صحة أو سلامة الآخرين.

الأمن القومي: قد نفصح عن معلوماتك الطبية للسلطات العسكرية التابعة للقوات المسلحة أو الأفراد العسكريين الأجانب في ظروف معينة أو للمؤهلين الفيدراليين لأغراض الاستخبارات المشروعة أو مكافحة التجسس أو أنشطة الأمن القومي الأخرى، ولحماية الرئيس؛ وإلى مؤسسة إصلاحية أو موظف إنفاذ القانون الذي يتمتع بسلطة الحجز المشروعة لسجين أو مريض في ظل ظروف معينة.