

# Open Door Family Medical Centers/Port Chester-Rye UFSD Distrito Escolar Centro de Salud Escolar Formulario de Consentimiento

## SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Yo doy consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios de salud dental en la unidad móvil dental del centro de salud escolar de Open Door Family Medical Center. Estos servicios incluyen, pero no están limitados a:

- Los exámenes y pruebas dentales
- Rayos X (imágenes)
- Los servicios preventivos, incluyendo las limpiezas dentales, tratamientos de fluoruro y selladores dentales
- La anestesia local
- Los rellenos dentales, temporarios y permanentes
- Cirugía Oral Menor, incluyendo la extracción de dientes
- Referidos según sea necesario

Si se requieren procedimientos más complicados, más información será enviada a casa con su hijo/a. El uso de anestésicos locales conlleva un pequeño riesgo de hinchazón, moretones, reacción alérgica, cambios en la percepción del dolor, o entumecimiento prolongado.

Los dentistas e higienistas dentales empleadas por Open Door Family Medical Centers y Phelps Memorial Hospital conforman el personal trabajando en la unidad móvil dental, la cual esta licenciada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Información de salud dental será compartida solamente en casos en los cuales sea considerado necesario, según lo determine la Directora Dental del Centro de Salud Escolar, con el propósito de asegurar la salud y el bienestar del niño/a. El registro de salud del Centro de Salud Escolar es electrónico y se mantendrá como un registro médico confidencial; no es un récord de la escuela. También entiendo que se observará la confidencialidad entre el personal de la escuela y los estudiantes usando el Centro de Salud Escolar.

Yo autorizo a Open Door Family Medical Centers a compartir información a pagadores terceros u otros con el propósito de facturación y por cualquier motivo que pueda ser necesario para cumplir con los estatutos o reglamentos de conformidad con las prácticas médicas aceptadas.

Yo he leído la información anterior y he tenido la oportunidad de tener cualquiera de mis preguntas contestadas. Entiendo que este consentimiento se mantendrá vigente mientras que mi hijo/a está inscrito/a en los centros de salud escolares, a menos que notifique al centro de salud por escrito. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Yo he recibido una copia del aviso de los Derechos del Paciente, la política sobre la disponibilidad de las 24 horas/día, y la notificación sobre el Manejo de Dolor y de la Política de Privacidad HIPAA. Consentimiento de los padres no es necesario para los estudiantes que tengan 18 años o más, o para los estudiantes que son padres o legalmente emancipados.

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre / guardián (o el estudiante si tiene 18 años o como permitido por la ley)      Fecha

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

### Información de Contacto de los Padres

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Número de celular: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

**Open Door Family Medical Centers/Port Chester-Rye  
UFSD School Based Health Center Dental Consent Form**

**SCHOOL BASED HEALTH CENTER SERVICES**

I consent for my child to receive dental health care services in the Open Door Family Medical Center mobile van. These services include, but are not limited to:

- Dental examinations and screenings
- X-rays (imaging)
- Preventive services, including dental cleanings, fluoride treatments and dental sealants
- Local anesthesia
- Dental fillings, temporary and permanent
- Minor oral surgery, including tooth extraction
- Referrals as needed

If more involved procedures are required, additional information will be sent home with your child. The use of local anesthetics carries a small risk for swelling, bruising, allergic reaction, changes in pain perception, or prolonged numbness.

Dentists and dental hygienists employed by the Open Door Family Medical Centers and Phelps Memorial Hospital staff the mobile dental van which is licensed by the New York State Department of Health. Dental health information will be shared only on a need to know basis as determined by the SBHC Dental Director to promote the child's health and welfare. The student's health center record is electronic and will be maintained as a confidential medical record; it is not a school record. I also understand confidentiality will be observed between school staff and the students using the SBHC.

I authorize Open Door Family Medical to release information regarding treatment to third party payers or other for purposes of billing and for any reason that may be required to comply with statutes or regulations in accordance with accepted medical practices.

I have read the above information and have had the opportunity to have any of my questions answered. I understand that this consent form will remain in effect as long as my child is enrolled in School Based Health Centers, unless I notify the Health Center in writing. I understand that I may revoke my consent at any time.

I received a copy of the Patient Bill of Rights, 24 hour On-Call policy, Pain Managements and HIPAA Notification. Parental consent is not required for students who are 18 years or older or for students who are parents or legally emancipated.

X \_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian (or student if 18 years or older or otherwise permitted by law)      Date

Student name: \_\_\_\_\_

Parent contact information  
Home phone number: \_\_\_\_\_

Day time phone number: \_\_\_\_\_

Cell phone number: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_