



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

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

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

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

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

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

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

**Thank You!**

---

Adjunto encontrará la forma de permiso para un examen dental **GRATUITO** para este año escolar.

Este programa es **GRATIS** para **TODOS** los estudiantes.

Dentistas con licencia e higienistas vendrán a la escuela de su hijo(a) para examinar a los niños.

Niños elegibles también recibirán una limpieza, tratamiento de fluoruro y sellos (si necesario). Sellos son capas protectoras en las superficies de masticar de los dientes posteriores.

**\*\*Tenga en cuenta que este programa es para TODOS los grados pero la ley del estado requiere que estudiantes de kínder, 2do, y 6 tengan un examen dental mandatarario antes del 15 de Mayo de este año escolar. Este examen dental cumplirá este requisito. Formas del Estado serán llenadas y dejadas en frente o en la oficina de la enfermera.**

Una forma va a ser enviada con cada niño(a) que veamos explicando cuales servicios fueron realizados y si tratamiento adicional es necesario.

Por favor de llenar la parte de arriba de la forma de permiso (Ingles o Español), **FIRMAR** la forma y dársela a su hijo(a) para que la entregue a la escuela mañana.

Si usted no esta interesado(a) en este programa, por favor de poner el nombre de su hijo(a) en la forma y poner una 'x' en la forma para que nosotros sepamos que usted no necesita de este servicio.

**GRACIAS!**

**PLEASE PRINT IN INK!!!**

NAME OF SCHOOL: \_\_\_\_\_  
 TEACHER: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_  
 COUNTY: \_\_\_\_\_

**If you are not interested in this program, please print your child's name and put "NO" on this form.**

Dear Parent or Guardian,

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

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

DOES YOUR CHILD HAVE ANY MEDICAL HISTORY THAT MAY COMPLICATE DENTAL TREATMENT? **DENTIST'S INITIALS**  
 Heart murmur \_\_\_\_\_: Latex allergy \_\_\_\_\_: Blood disorder \_\_\_\_\_: Other \_\_\_\_\_ Reviewed Health History

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

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

**If YES, Include your child's RECIPIENT ID NUMBER**

9 DIGIT ID NUMBER ON BACK OF MEDI-PLAN CARD

IS YOUR CHILD COVERED BY PRIVATE DENTAL INSURANCE Yes No

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

**DENTIST'S INITIALS**  
 Reviewed Signature

**\*\*Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**PARENT OR GUARDIAN MUST SIGN TO PARTICIPATE!!!!!!**

**\*\*In signing this form, you are giving permission to treat your child and also verifies that you have read the back of this form regarding HIPAA.**

**\*\*This will also give permission for IDPH, QA Audits and providers to return to your school and re-check your child's sealants.**

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

(rev. 03/11)

**TO BE COMPLETED BY DENTIST**

**Prior Restorations – Prior Sealants**

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

**CURRENT DENTAL STATUS OF PATIENT:**

**TREATMENT NEEDED**

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

**Dentist/Hygienist Signature** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Reviewed Name/D.O.B)

**Treatment Date:** \_\_\_\_\_ **Dentist's Signature:** \_\_\_\_\_

**Por favor escriba en letra de molde y con tinta!!!**

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_  
 PROFESORA: \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_  
 CONDADO : \_\_\_\_\_

**Si no esta interesado/a en este programa,  
 favor de escribir el nombre de su hijo/a  
 y ponga "NO" en esta forma.**

Estimado Padre o Guardián,

OPDS, Ltd. y El Departamento de Ayuda Publica de Illinois han hecho arreglos para servicios preventivos dentales para niños elegibles. Estos servicios puede incluir examen, limpieza, tratamiento fluoruro, y sellados (una capa protectora en la superficie del lado de masticar de los dientes de atrás). Dentistas con licencia, higienistas y asistentes vendrán a la escuela de su niño/a con equipo dental portátil. Para que su niño reciba estos servicios **USTED TIENE QUE PROVEER TODA LA INFORMACION NECESARIA Y FIRMAR EN LA AREA INDICADA.**

Nombre de su niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tele. en casa ( ) \_\_\_\_\_  
 Escriba en letra de molde

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Sexo: masculino/femenino

¿SU NIÑO/A TIENE ALGUNA HISTORIAL MEDICO QUE PUEDA COMPLICAR EL TRATAMIENTO DENTAL?

Murmullo del corazón \_\_\_\_: Alergia a Látex \_\_\_\_: Desorden sanguíneo \_\_\_\_: Otro caso \_\_\_\_\_

**Iniciales del Dentista**  
 Reviso historial medico

¿SU NIÑO/A CALIFICA PARA COMIDAS GRATIS ó REDUCIDAS? SI NO \_\_\_\_\_  
 # de miembros en la familia \_\_\_\_\_ Ingreso por año (opcional) \_\_\_\_\_

¿ESTA SU NIÑO/A INSCRITO EN EL PROGRAMA "ALL KIDS" (AYUDA PUBLICA/ MEDICA 0 KID CARE)? SI NO

Si puso "SI" incluya el numero de identificación de recipiente de su hijo/a

**EL NUMERO DE 9 DÍGITOS ATRÁS DE LA TARJETA MEDI-PLAN**

¿SU NIÑO/A ESTA CUBIERTO POR ASEGURANZA DENTAL PRIVADA? SI NO

ORIGEN ÉTNICO: Hispano \_\_\_\_ No Hispano \_\_\_\_ RAZA: Blanca \_\_\_\_ Africano Americano \_\_\_\_  
 Indio Americano/ Nativo de Alaska \_\_\_\_ Asiático/Isleño Pacífico \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_

**Iniciales del Dentista**  
 Reviso la firma

\*\*Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
**PADRE ó GUARDIAN NECESITA FIRMAR PARA PARTICIPAR!!!!!!**

\*\*Al firmar esta forma, usted esta dando el permiso para tratar a su hijo/a y también verificar que usted leyó atrás de esta forma referente al HIPAA.  
 \*\*Este también le da permiso a IDPH, a la auditoria de QA y proveedores para regresar a la escuela y volver a revisar el sellado de su hijo/a.

**NO ESCRIBA DESPUES DE ESTA LINEA**

(Rev 03/11)

**TO BE COMPLETED BY DENTIST**

**Prior Restorations – Prior Sealants**

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

**CURRENT DENTAL STATUS OF PATIENT:**

**TREATMENT NEEDED**

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

**Dentist/Hygienist Signature** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Reviewed Name/D.O.B)

**Treatment Date:** \_\_\_\_\_ **Dentist's Signature:** \_\_\_\_\_

**ORLAND PARK DENTAL SERVICES, LTD (OPDS) NOTICE OF PRIVACY PRACTICES GARDING PROTECTED HEALTH INFORMATION**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW CAREFULLY.**

**Uses and Disclosures of PHI:** We may use PHI for the purposes of treatment, payment and health care operations, in most cases without your written permission. Examples of our use of your PHI:

- For Treatment. This includes such things as obtaining verbal and written information about your medical condition and treatment from you as well as from others, such as doctors and nurses who give orders to allow us to provide treatment to you. We may give your PHI to other health care providers involved in your treatment, and may transfer your PHI via radio or telephone to the hospital or dispatch center.
- For Payment. This includes any activities we must undertake in order to get reimbursed for the services we provide to you, including such things as submitting bills to insurance companies, making medical necessity determinations and collecting outstanding accounts.
- For Health Care Operations. This includes quality assurance activities, licensing and training programs to ensure that our personnel meet our standards of care and follow established policies and procedures, as well as certain other management functions.

**Use and Disclosure of PHI without Your Authorization.** We are permitted to use PHI without your written authorization, or opportunity to object, in certain situations, and unless prohibited by a more stringent state law, including:

- For the treatment, payment or health care operations activities of another health care provider who treats you;
- For health care and legal compliance activities;
- To a family member, other relative, or close personal friend or other individual involved in your care if we obtain your verbal agreement to do so or if we give you an opportunity to object to such a disclosure and you do not raise an objection, and in certain other circumstances where we are unable to obtain your agreement and believe the disclosure is in your best interests;
- To a public health authority in certain situations as required by law (such as to report abuse, neglect or domestic violence);
- For health oversight activities including audits or government investigations, inspections, disciplinary proceedings, and other administrative or judicial actions undertaken by the government (or their contractors) by law to oversee the health care system;
- For judicial and administrative proceedings as required by a court or administrative order, or in some cases in response to a subpoena or other legal process;
- For law enforcement activities in limited situations, such as when responding to a warrant;
- For military, national defense and security and other special government functions;
- To avert a serious threat to the health and safety of a person or the public at large;
- For workers' compensation purposes, and in compliance with workers' compensation laws;
- To coroners, medical examiners, and funeral directors for identifying a deceased person, determining cause of death, or carrying on their duties as authorized by law;
- For research projects, but this will be subject to strict oversight and approvals;
- Use or disclose health information about you in a way that does not personally identify you or reveal who you are.

Any other use or disclosure of PHI, other than those listed above will only be made with your written authorization. You may revoke your authorization at any time, in writing, except to the extent that we have already used or disclosed medical information in reliance on that authorization.

**Patients Rights:** As a patient, you have a number of rights with respect to your PHI, including:

- The right to access, copy or inspect your PHI. This means you may inspect and copy most of the medical information about you that we maintain. We will normally provide you with access to this information within 30 days of your request. We may also charge you a reasonable fee, as state law permits, to provide a copy of any medical information you have the right to access. In limited circumstances, we may deny you access to your medical information, and you may appeal certain types of denials. We have forms available to request access to your PHI and we will provide a written response if we deny you access and let you know your appeal rights. You also have the right to receive confidential communications of your PHI. If you wish to inspect or obtain a copy of your medical information, you should contact our local privacy representative.
- The Right to Amend Your PHI. You have the right to ask us to amend written medical information we may have about you. We will generally amend your information within 60 days of your request and will notify you when we have amended the information. We are permitted by law to deny your request to amend your medical information only in certain circumstances, like when we believe the information you have asked us to amend is correct. If you wish to request an amendment of the medical information we have about you, please contact our local privacy representative to obtain an amendment request form.
- The Right to Request an Accounting. You may request an accounting from us of certain disclosures of your medical information we have made in the six years prior to the date of your request. However, your requests for an accounting of disclosures cannot precede the implementation date of HIPAA April 14, 2003. We are also not required to give you an accounting of our uses of PHI for which you have already given us written authorization. If you wish to request an accounting, contact our local privacy representative.
- The Right to Request That We Restrict the Uses and Disclosures of Your PHI. You have the right to request that we restrict how we use and disclose your medical information we have about you. We are not required to agree to any restrictions you request, but any restrictions agreed to by us in writing are binding on us.
- If you would like a paper copy of this Notice, you may contact us at the address listed below and we will provide you a paper copy of the Notice upon request.

**Revisions of the Notice:** We reserve the right to change the terms of this Notice at any time, and the changes will be effective immediately and will apply to all PHI we maintain. You can get a copy of the latest version of this Notice by visiting our office and picking up a copy.

**Your Legal Rights and Complaints:** If you have questions, would like additional information, or want to report a problem regarding the handling of your information, you may contact OPDS, Ltd. Additionally, if you believe your privacy rights have been violated, you may file a written complaint at our office by delivering the written complaint to Orland Park Dental Services, Ltd. You may also file a complaint by mailing it or e-mailing it to the Secretary of Health and Human Services.

- We 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 from the practice.
- We cannot, and will not, retaliate against you for filing a complaint with the Secretary.

Effective Date of the Notice: April 14, 2003

**ORLAND PARK DENTAL SERVICES, LTD (OPDS), 809 W. DETWEILLER DR. SUITE 805A, PEORIA, IL 61615  
PHONE: 309-692-1320, FAX: 309-692-0492, EMAIL: opsdental@comcast.net, WEBSITE: www.opsdental.com**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha de vigencia del Aviso: 14 de Abril 2003