



# THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL!

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

\* For patients covered by Medicaid or PA CHIP

**Save Time & Go 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** - 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, disabilities or social/behavioral issues? 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/PA CHIP

Circle one of the following: Aetna, AmeriHealth, Blue Cross CHIP, Gateway, Geisinger, HealthPartners, Keystone First, Kidz Partners, Medicaid, United Concordia CHIP, United Healthcare, UPMC

Enter Child's Recipient ID Number (RIN) HERE: →

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

#### 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: Smile Pennsylvania.

I will pay the reduced fee for a dental cleaning, screening & fluoride per visit. Ages 11 or younger: **\$58.00** Ages 12 or older: **\$69.00**

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 understand and authorize Big Smiles Pennsylvania P.C. (Provider), its affiliated dentists or dental hygienists, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian, including an exam, cleaning, fluoride, sealants, 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.) I also authorize any other dental work such as fillings, extractions of problem baby teeth, placement of space maintainers, 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: [mobiledentists.com](http://mobiledentists.com)

**ESPAÑOL AL REVERSO**

Elliot P. Schlang, D.D.S., General Dentist & Dental Director, Big Smiles Pennsylvania P.C.  
 200 Barr Harbor Dr., Ste. 400-4079, West Conshohocken, PA 19428  
 © Big Smiles Pennsylvania P.C., 2020



PA-COMPR-012V2 3/20



# IMPORTANT NOTICE & CONSENT / AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

I understand and authorize Big Smiles Pennsylvania P.C. (Provider) and its affiliated dentists or dental hygienists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam & oral hygiene instruction, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants, 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 also authorize the dentist to fill any cavities or to place a crown over the tooth, extract any problem baby teeth, perform a pulpotomy (treatment of the nerves inside the tooth), 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 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 insurance information in order to bill payer for services. 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. I may withdraw this consent at any time in writing.

Entiendo y autorizo a Big Smiles Pennsylvania P.C. (Proveedor) y a sus dentistas afiliados o higienistas dental a proveer los siguientes servicios al niño mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza dental, tratamiento de fluoruro, rayos-x, sellantes dentales, así como la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata para tratar la progresión de las caries dental. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro.) También autorizo a llenar cualquier carie o colocar una corona sobre el diente, extraer cualquier dientes de leche problemáticos, realizar una endodoncia (tratamiento de los nervios dentro del diente), colocar mantenedores de espacio o realizar otros tratamientos dentales según sea necesario. Autorizo al Proveedor a extraer cualquier diente de leche con problema o realizar una endodoncia (tratamiento de los nervios dentro del diente), como 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 proporcionada.) 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 del Proveedor y su agente de cobro la información del seguro de mi hijo con el fin de cobrar por los servicios. Si tengo seguro dental privado, seré facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. El tratamiento realizado por el dentista escolar pudiera afectar los beneficios de su niño en un futuro bajo su cobertura privada, Medicaid o CHIP. 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. (En ocasiones podremos mandarle un texto sobre el programa dental escolar. Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para discontinuar, 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 proporciona 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 P. SCHLANG, DDS – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

Heba Alani, DMD, Danieł Boronovic, DDS, Keyla Cichella, DMD, Megan DiCostanzo, DMD, Samuel Domsy, DMD, Amy Gals, DMD, Timothy Gould, DMD, Ginger Grieco, DDS, Shirley Hui, DMD, Cynthia Isemann, DMD, Peter Johnson, DMD, Patricia Johnson, DMD, Deborah Kahn, DMD, Jack Lawrence, DMD, Linda Lewis, DDS, John Macaulay, DDS, Kevin Massarelli, DMD, Robert Maxwell, DDS, Janice McVay, DDS, Melanie Morrow, DMD, Christine Myles, DMD, Miroslav Nemet, DMD, Solomon Pesis, DDS, Dennis Petricoin, DDS, Janino Reed, DDS, Elliot Schlang, DDS, Anu Shree, DDS, Betsy Stein, DMD, Lisa Toaldo, DMD, Leslie Wahl, 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 con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Lo notaremos 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 lo está proviendo 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 negocios 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 sólo 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 a cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos da 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 para 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 888-333-8441.

**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 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 reporte de una fuente que pudo haber resultado por conducta criminal o 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 ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o prisionero bajo ciertas circunstancias.

**Investigaciones de citas:** Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionarles 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, audiencias, investigaciones, inspecciones y audiencias 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 o dar su información médica para fines de investigación, a las organizaciones que manejan y monitorean la creación de órganos y trasplantes, 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 pagar a 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 corra el riesgo de contraer o esperar una enfermedad; a métodos formales para identificar a una persona afectada 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 periodo 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 regimos 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 correo, 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: 888-333-8441

Fax: 888-330-4331

email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

Fecha efectiva: February 1, 2018