

Board Office Use: Legislative File Info.	
File ID Number	12-2574
Introduction Date	10-10-12
Enactment Number	122514
Enactment Date	10/10/12



OAKLAND UNIFIED
SCHOOL DISTRICT

Community Schools, Thriving Students

Memo

To Board of Education
 From Tony Smith, Ph.D., Superintendent
 By: Maria Santos, Deputy Superintendent, Instruction, Leadership & Equity-in-Action
 Vernon Hal, Deputy Superintendent, Business & Operations

Board Meeting Date
 (To be completed by Procurement) October 10, 2012

Subject Memorandum of Understanding - Elliot P. Schlang, DDS, PC dba Big Smiles Dental (contractor) - 968/Health Services Department (site/department)

Action Requested Approval of a Memorandum of Understanding between Oakland Unified School District and Elliot P. Schlang, DDS, PC dba Big Smiles Dental. Services to be primarily provided to Health Services Department for the period of September 1, 2012 through June 30, 2013.

Background
A one paragraph explanation of why the consultant's services are needed. The Big Smiles Dental Program will provide dental care for the students whose parent/guardian authorizes this dental service in the District. All staff will comply with required background check and fingerprinting protocols. A dental support team of dental assistant and an x-ray teacher/technician with advanced mobile dental equipment, such as digital x-ray equipment, will be brought to OUSD to assist in developing treatment plans and providing care. Children, Prekindergarten through 12th grade, will be taught about the importance of oral hygiene, good nutrition, regular dental checkups, proper brushing and flossing at the dental visit. Each dental patient will be provided with a toll free number to contact Big Smiles regarding any questions they may have.

Discussion
One paragraph summary of the scope of work. Approval by the Board of Education of a Memorandum of Understanding between District and Elliot P. Schlang DDS, PC dba Big Smiles Dental Program, Phoenix, AZ, for the latter to provide dental care for District students Pre-K through 12th grade whose parent/guardian authorizes dental service and will teach children about the importance of oral hygiene, good nutrition, regular dental checkups, proper brushing and flossing at the dental visit for the period of September 1, 2012 through June 30, 2013, at no cost to the District.

Recommendation Approval of a Memorandum of Understanding between Oakland Unified School District and Elliot P. Schlang, DDS, PC dba Big Smiles Dental. Services to be primarily provided to 968/Health Services Department for the period of September 1, 2012 through June 30, 2013.

Fiscal Impact Funding resource name (please spell out): No Fiscal Impact

Attachments

- Memorandum of Understanding
- Certificate of Insurance
- Permission Form for Parents/Guardians

MEMORANDUM OF UNDERSTANDING

BETWEEN

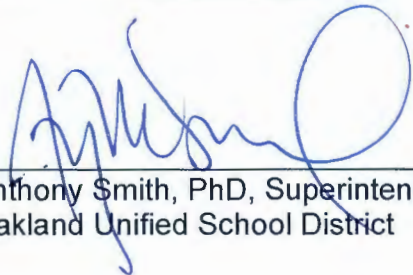
BIG SMILES DENTAL PROGRAM AND OAKLAND UNIFIED SCHOOL DISTRICT

1. A dentist licensed by the State of California and in good standing with the Board of Dental Examiners will provide dental care for the students whose parent or guardian authorizes this dental service in the Oakland Unified School DISTRICT ("DISTRICT"). All staff will comply with required background check and fingerprinting protocols.
2. Through OUSD Health Services, BIG SMILES will approval from parents or guardian for the children (Pre-kindergarten through 12th grade) to see the dentist at DISTRICT and shall receive and document approval prior to providing any dental services.
3. BIG SMILES agrees to provide dental services only at schools designated by OUSD Family, Schools, and Community Partnerships Health Services.
4. BIG SMILES will complete the State Dental Assessment form for each pre-kindergarten, kindergarten and 1st grade student.
5. BIG SMILES agrees to provide dental services at a school and/or Pre-K program with a minimum of 20 written consent forms for preventive and/or restorative dental services.
6. BIG SMILES' staff shall print, distribute and collect consent forms and related documents from students once or twice per year. A copy of the signed consent form will be given to each school site participating in the program.
7. BIG SMILES will pay Oakland Unified School DISTRICT Translation Department for services of all forms/documents sent to parents.
8. Parents will be given the option to be present during the dental visit and/ or decline restorative dental services.
9. Parents will be given the option (on the consent form) to share student information with the Alameda County Dept. of Health Care Services.
10. Photography of students will be obtained via written parental consent as outlined by OUSD.
11. BIG SMILES shall contact school designees to schedule clinic dates and provide a list of students with written parental consent. BIG SMILES will coordinate with school building level officials regarding acceptable dates for dental team to be on site at least one month prior to providing services.
12. A dental support team of dental assistant, dental hygienist (when available) and an x-ray teacher/technician with advanced portable dental equipment, such as digital x-ray equipment, will be brought to DISTRICT to assist the dentist in developing treatment plans and providing care.
13. Children (Pre-kindergarten through 12th grade) will be taught about the importance of oral hygiene, good nutrition, regular dental checkups, proper brushing and flossing as the dental visit.
14. There will be no costs to the DISTRICT due to the administration of this program.
15. In addition to providing care to students with a reimbursement source (i.e. Medicaid or Insurance), BIG SMILES will also donate dental care at each school visit to three uninsured students.
16. Prior to the commencement of services, BIG SMILES shall submit to DISTRICT evidence of comprehensive general liability insurance coverage with a minimum limit of \$1,000,000 per occurrence, combined single limits, and worker's compensation insurance coverage in accordance with the State of California statutory limits. Evidence of insurance will be provided on an annual basis.
17. BIG SMILES also agrees to hold harmless, to defend, and indemnify DISTRICT, its governing board, the individual members thereof, and all DISTRICT officers, agents, and employees from any loss, damage, liability, cost or expenses that may arise as a result of the performance of its services under this Memorandum.
18. Each dental patient will be provided with a written report (translated) to take home. In addition, parents shall be provided with a toll free number to contact BIG SMILES regarding any questions they have.

19. Program will adhere to all applicable laws, Dental Board regulations, and policies, including but not limited to HIPAA and a copy of program's HIPAA notification form shall be made available to DISTRICT upon request. In addition, this HIPAA notification is provided to all parents along with the consent form.
20. The names of dentists and other staff who will serve the children of the DISTRICT and copies of relevant diplomas, certification and or license will be provided to DISTRICT.
21. This agreement will be for a period of one year, from to June 30, 2013, with annual review for continuation of the program at yearly intervals for a period through June 30, 2014. Renewal of this agreement will be subject to each party signing a renewal agreement. The Agreement may be terminated by either party upon written or verbal receipt of notification to cancel with 90 days notice.
22. BIG SMILES will provide monthly electronic schedules of dental services at school sites to Health Services and each school site.
23. BIG SMILES will provide monthly electronic reports to Health Services, Coordinator to include:
 - a. Number of students w/ written parent permission
 - b. Number of students receiving services, type and number of dental services provided, grade levels
 - c. Insurance status of each student screened and/or receiving dental services
24. BIG SMILES will provide end-of-year electronic reports to Health Services, Coordinator to include:
 - a. List of students by school who requested services on returned consent forms and their insurance status (i.e. none, Medical, private)
 - b. List of all students who requested services on returned consent forms but whose parent/guardian could not be reached by Big Smiles for further information
25. BIG SMILES will provide parents and the school with an information sheet within 48 hours after each student's dental visit to include:
 - a. A list of completed dental procedures and their corresponding dental procedure codes (CDT)
 - b. A list of unmet treatment needs
 - c. Contact information for dental providers, including information during non-business hours
 - d. What to do in case an emergency (including contact information for the dentist/clinic where the child was referred).
 - e. Referral information if the child was referred to another dentist/clinic for any care to include the reason for the referral and contact information for the dentist/clinic where the child was referred
26. BIG SMILES will provide the district with an evaluation tool that will ensure contractual agreements have been met.
27. BIG SMILES will provide a checklist for each school site at least one month prior to dental visit. The list will include and is not limited to confirmation of dental service, space required, access to water, toilet facilities, etc., and the BIG SMILES contact person.
28. BIG SMILES will inform the district in writing of any limitations in the services the provider is able to provide.
29. BIG SMILES will be responsible for the delivery, set up, cost, care, security and maintenance of their equipment.

OAKLAND UNIFIED SCHOOL DISTRICT

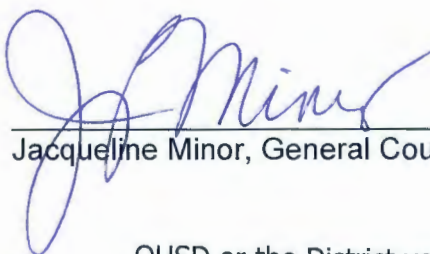
Name _____
Signature _____
Title _____
Date _____


Anthony Smith, PhD, Superintendent
Oakland Unified School District


President, Board of Education
Oakland Unified School District


Secretary, Board of Education
Oakland Unified School District

Approved As to Form


Jacqueline Minor, General Counsel

OUSD or the District verifies that
the Contractor does not appear on
the Excluded Parties List at
www.epls.gov/epls/search.do.

BIG SMILES DENTAL

Name Allen Hersh
Signature Allen Hersh
Title VP
Date 9-4-12

Date: 9/24/12

Date: 10/10/12

Date: 10/10/12

File ID Number: 12-2574
Introduction Date: 10/10/12
Enactment Number: 12-2514
Enactment Date: 10/10/12
By: D.L.



CERTIFICATE OF LIABILITY INSURANCE

DATE (MM/DD/YYYY)
08/31/2012

THIS CERTIFICATE IS ISSUED AS A MATTER OF INFORMATION ONLY AND CONFERS NO RIGHTS UPON THE CERTIFICATE HOLDER. THIS CERTIFICATE DOES NOT AFFIRMATIVELY OR NEGATIVELY AMEND, EXTEND OR ALTER THE COVERAGE AFFORDED BY THE POLICIES BELOW. THIS CERTIFICATE OF INSURANCE DOES NOT CONSTITUTE A CONTRACT BETWEEN THE ISSUING INSURER(S), AUTHORIZED REPRESENTATIVE OR PRODUCER, AND THE CERTIFICATE HOLDER.

IMPORTANT: If the certificate holder is an ADDITIONAL INSURED, the policy(ies) must be endorsed. If SUBROGATION IS WAIVED, subject to the terms and conditions of the policy, certain policies may require an endorsement. A statement on this certificate does not confer rights to the certificate holder in lieu of such endorsement(s).

PRODUCER LIC #37-1139471 Arthur J. Gallagher Risk Management Services, Inc. 101 S. Main St. Ste 200 P.O. Box 140 Decatur, IL 62525 G Troy Lamb	1-217-423-2345	CONTACT NAME: Laura Gannon PHONE (A/C, No, Ext): (217) 233-3347 E-MAIL ADDRESS: laura_gannon@ajg.com FAX (A/C, No): (217) 428-0865
INSURED Elliot Paul Schlang DDS Professional Corp 240 18TH Street Santa Monica, CA 90402	INSURER(S) AFFORDING COVERAGE	
	INSURER A: HARTFORD FIRE IN CO	NAIC # 19682
	INSURER B: HARTFORD CAS INS CO	29424
	INSURER C: TWIN CITY FIRE INS CO CO	29459
	INSURER D: COLUMBIA CAS CO	31127
	INSURER E:	
	INSURER F:	

COVERAGES CERTIFICATE NUMBER: 28934155 REVISION NUMBER:

THIS IS TO CERTIFY THAT THE POLICIES OF INSURANCE LISTED BELOW HAVE BEEN ISSUED TO THE INSURED NAMED ABOVE FOR THE POLICY PERIOD INDICATED. NOTWITHSTANDING ANY REQUIREMENT, TERM OR CONDITION OF ANY CONTRACT OR OTHER DOCUMENT WITH RESPECT TO WHICH THIS CERTIFICATE MAY BE ISSUED OR MAY PERTAIN, THE INSURANCE AFFORDED BY THE POLICIES DESCRIBED HEREIN IS SUBJECT TO ALL THE TERMS, EXCLUSIONS AND CONDITIONS OF SUCH POLICIES. LIMITS SHOWN MAY HAVE BEEN REDUCED BY PAID CLAIMS.

INSR LTR	TYPE OF INSURANCE	ADDL INSR	SUBR WVD	POLICY NUMBER	POLICY EFF (MM/DD/YYYY)	POLICY EXP (MM/DD/YYYY)	LIMITS
A	GENERAL LIABILITY <input checked="" type="checkbox"/> COMMERCIAL GENERAL LIABILITY <input type="checkbox"/> CLAIMS-MADE <input checked="" type="checkbox"/> OCCUR GEN'L AGGREGATE LIMIT APPLIES PER: <input checked="" type="checkbox"/> POLICY <input type="checkbox"/> PRO-JECT <input type="checkbox"/> LOC	X		83UUNKV7707	07/01/12	07/01/13	EACH OCCURRENCE \$ 1,000,000 DAMAGE TO RENTED PREMISES (Ea occurrence) \$ 300,000 MED EXP (Any one person) \$ 10,000 PERSONAL & ADV INJURY \$ 1,000,000 GENERAL AGGREGATE \$ 2,000,000 PRODUCTS - COMP/OP AGG \$ 2,000,000
A	AUTOMOBILE LIABILITY	X	X	83MCPDP7242 (MA Autos) 83UUNKV7707	07/01/12 07/01/12	07/01/13 07/01/13	COMBINED SINGLE LIMIT (Ea accident) \$ 1,000,000 BODILY INJURY (Per person) \$ BODILY INJURY (Per accident) \$ PROPERTY DAMAGE (Per accident) \$
B	<input checked="" type="checkbox"/> UMBRELLA LIAB <input checked="" type="checkbox"/> OCCUR <input type="checkbox"/> EXCESS LIAB <input type="checkbox"/> CLAIMS-MADE DED <input checked="" type="checkbox"/> RETENTION \$ 10,000			83XHUKV6698	07/01/12	07/01/13	EACH OCCURRENCE \$ 10,000,000 AGGREGATE \$ 10,000,000
C	WORKERS COMPENSATION AND EMPLOYERS' LIABILITY ANY PROPRIETOR/PARTNER/EXECUTIVE OFFICER/MEMBER EXCLUDED? (Mandatory in NH) If yes, describe under DESCRIPTION OF OPERATIONS below		N/A	83WEJL0302	07/01/12	07/01/13	<input checked="" type="checkbox"/> WC STATU-TORY LIMITS <input type="checkbox"/> OTH-ER E.L. EACH ACCIDENT \$ 1,000,000 E.L. DISEASE - EA EMPLOYEE \$ 1,000,000 E.L. DISEASE - POLICY LIMIT \$ 1,000,000
D	Dental Professional Liability Claims Made Policy Retroactive Date: 8/21/2008			SLD4013997207	07/01/12	07/01/13	Each Claim 1,000,000 Aggregate Limit 3,000,000

DESCRIPTION OF OPERATIONS / LOCATIONS / VEHICLES (Attach ACORD 101, Additional Remarks Schedule, if more space is required)

CERTIFICATE HOLDER CANCELLATION

Oakland Unified School District 1025 Second Avenue Oakland, CA 94606-2212 USA	SHOULD ANY OF THE ABOVE DESCRIBED POLICIES BE CANCELLED BEFORE THE EXPIRATION DATE THEREOF, NOTICE WILL BE DELIVERED IN ACCORDANCE WITH THE POLICY PROVISIONS. AUTHORIZED REPRESENTATIVE
--	---



IN-SCHOOL DENTAL CARE PERMISSION FORM

***Medi-Cal may cover 100% of treatment**

Please **complete and sign today** & return to school

Students can receive dental care **at school** to avoid dental problems that impact learning. This comes **at no cost* to you** for children covered by Medi-Cal, BIC, Denti-Cal or Healthy Families. In addition, most insurances are accepted and we have some donated services available for the uninsured.

Children who are receiving regular dental care or have visited the dentist in the last 6 months should continue to receive care from their current dentist.

1 TELL US ABOUT YOUR CHILD To decline services, check here and complete "Student Name" & "Birth Date" only.

Student Name _____ **Male / Female**
(PLEASE PRINT CLEARLY) FIRST NAME LAST NAME CIRCLE ONE

Student Birth Date ____/____/____ **School** _____
MONTH DATE YEAR

Teacher _____ **District** OUSD **Grade** _____ **Track** _____

Your Name _____ **Relation to Student** Custodial parent
CHECK ONE Legal guardian

Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____

Email _____ **Phone** () _____ **2nd Phone** () _____

2 INSURANCE INFORMATION (check one box) **Medi-Cal may cover 100% of treatment**

STUDENT HAS MEDI-CAL
(also known as BIC, Healthy Families, Denti-Cal, Medicaid)

STUDENT HAS PRIVATE INSURANCE
Ins. Company name (other than Medicaid) _____ Ins. Phone _____
 Group # _____ Employer name _____ Co. phone _____
 Name of Insured Adult _____ **BIRTH DATE of Insured Adult** _____
 Policy # _____

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

3 CHILD'S MEDICAL HISTORY **CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recent Dental Problems | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia |
| <input type="checkbox"/> Latex Allergy | <input type="checkbox"/> Anemia/Fainting |
| <input type="checkbox"/> Allergy to Medications/Other | <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures |
| <input type="checkbox"/> Asthma or Wheezing | <input type="checkbox"/> Liver Problems/Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Behavioral Problems | <input type="checkbox"/> Kidney Problems |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems/Murmur | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hemophilia/Bleeding Problems | <input type="checkbox"/> Communicable Diseases |

Notify us of any medical history changes. A thorough and complete medical and dental history are important for a proper dental examination and evaluation.

List allergies _____
 Name/phone # of child's physician _____

Use space below to provide additional details on your child's health, including current medical treatment, other significant past illnesses, alcohol & tobacco use (including smokeless). List current medications. Attach another page as needed.

CHECK IF PRE-MEDICATION REQUIRED.

Has child been to a dentist in last 6 months? Yes No (*If YES, please note that we will be unable to see your child. They should continue to receive care from their current dentist.)

4 READ & SIGN BELOW (if you have questions or would like to speak to a dentist, please call us at 877-227-9891)

I understand and authorize Elliot P. Schlang, DDS, PC (Provider) and its affiliated dentists to provide the following services for the above-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 teeth to cover grooves). While it is unlikely your child could be harmed by preventive dental care, in rare cases, the products we use may cause allergic reaction. I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payer. 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. I have the right to be present at the time of service. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. I have received the Notice of Privacy Practices attached to this form and consent to the release of my child's medical record information as described therein. This signed consent authorizes my child's initial dental visit, follow-up & 6-month visits. I may withdraw this consent at any time.

SIGN HERE _____ Date _____
 Print name _____

I prefer to be present. Please notify me when you visit my child's school.

For your privacy, please fold & secure. ESPANOL AL REVERSO

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. THE PRIVACY OF YOUR MEDICAL INFORMATION IS IMPORTANT TO US. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. KEEP FOR YOUR RECORDS

OUR LEGAL DUTY

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. This Notice takes effect 04/14/03, and will remain in effect until we replace it.

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 your healthcare operations. Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

Your Authorization: In addition to our use of your health information for treatment, payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. 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: We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

Persons Involved In Care: We may use or disclose health information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care, of your location, your general condition, or death. If you are present, then prior to use or disclosure of your health information, we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of health information.

Marketing Health-Related Services: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

Required by Law: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

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 of the health or safety of others.

National Security: We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institution or law enforcement official having lawful custody of protected health information of 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, or letters).

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You may request that we provide photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April 14, 2003. 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 place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by your agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations (You must make your request in writing.) Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

Amendment: You have the right to request that we amend your health information. (Your request must be in writing, and it 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.

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, or you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, 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 provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information. 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

Telephone: 877-227-9892

Fax: 800-967-2147

E-mail: Info@bigsmilesdental.org

Address: 6543 Topanga Cyn Blvd Canoga Park, CA 91303-2622



CUIDADOS DENTALES EN LA ESCUELA

FORMA DE PERMISO

***Medi-CAL
Pudiera cubrir
el 100% del
tratamiento**

Por Favor llene, firme y regrese a la escuela.

Los estudiantes pueden recibir cuidado dental en la escuela para prevenir problemas dentales que impacten su aprendizaje. Este cuidado es sin costo* para usted para niños cubiertos por Medi-Cal, BIC, Denti-Cal o Healthy Families. También la mayoría de los seguros privados son aceptados y tenemos algunos servicios donados disponibles para niños sin seguro.

Niños que al momento estén recibiendo cuidados dentales o han visto un dentista en los últimos 6 meses deberían de seguir recibiendo los cuidados de su dentista actual.

1 DIGANOS ACERCA DE SU NIÑO

Seleccione aquí para rechazar los servicios y llene solamente el "Nombre del Estudiante" y "Fecha de Nacimiento."

Nombre del Estudiante: _____ Hombre / Mujer _____
(POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE) NOMBRE APELLIDO (circule uno)

Fecha de Nacimiento / / Escuela
MMDDYY

Profesor _____ Distrito OUSD Año Salon del Estudiante

Su Nombre _____ Relación al Estudiante Padre Custodio
(Seleccione uno) Tutor Legal

Dirección _____ Ciudad _____ Estado Código Postal

Email _____ Teléfono () _____ Teléfono Alt. () _____

2 INFORMACION DEL SEGURO (Seleccione uno) **Medi-CAL pudiera cubrir el 100% del tratamiento**

ESTUDIANTE TIENE MEDI-CAL
(También conocido como BIC, Healthy Families, Denti-Cal, Medicaid)

ESTUDIANTE TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO (Llene los 14-dígitos # arriba)

Nombre de la Comp. de Seguro (aparte de Medicaid) _____ Tel. del Seg. _____
 # Grupo _____ Empleador _____ Tel. del Empleador _____
 Nombre del Adulto Asegurado _____ Fecha de Nacimiento del adulto Asegurado _____
 # Póliza _____

ESTUDIANTE NO TIENE SEGURO Pudiera estar interesado en pagar por servicios dentales. Por favor comuníquense conmigo.

3 HISTORIA MEDICA DEL NIÑO

Selecciones las condiciones que apliquen a su niño

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales recientes | <input type="checkbox"/> Celula de la Oz |
| <input type="checkbox"/> Alergia al Látex | <input type="checkbox"/> Anemia / Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Alergia a algún medicamento u otra cosa | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos |
| <input type="checkbox"/> Asma o Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> Problemas del Riñon / Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón / Sopleo | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia o problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmisibles |

Notifiquenos de cualquier cambio en el historial medico. Es impórtante tener el historial medico y dental mas preciso y reciente para poder proveer un examen y evaluación dental adecuado.

Liste Alergias _____
 Nombre y # de Teléfono del Doctor _____
 Use el espacio de abajo para damos información adicional sobre la salud de su niño, incluyendo cualquier tratamiento que este recibiendo, alguna otra enfermedad de significado, uso de alcohol o tabaco (incluyendo el que no se fuma). Liste todos los medicamentos que esta tomando. Adhiera otra página si es necesario.

SELECCIONES SI REQUIERE PREMEDICAMIENTO.

A visto el niño a un dentista en los últimos 6 meses? Si* No (*Si "SI", por favor conste que no podremos ver a su niño. Debería de continuar recibiendo de su dentista actual.)

4 LEA Y FIRME ABAJO Si usted tiene preguntas o desea hablar con un dentista, por favor llámenos al 877-227-9891.

Entiendo y autorizo a Elliot P. Schlang, DDS PC (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño mencionado arriba del cual soy el padre custodio o tutor legal: EXAMEN DENTAL E INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL, LIMPIEZA DE LOS DIENTES, TRATAMIENTO DE FLUORURO, RAYOS-X (el paciente será expuesto a una cantidad minima de radiación) Y SELLANTES (una capa delgada de resina adherida al diente para cubrir grietas). A pesar de que no es probable de que su niño sea dañado durante los cuidados dentales preventivos, en ocasiones muy poco comunes, los productos que usamos pudieran causar una reacción alérgica. Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, será 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 la cobertura de Medicaid, CHIP o seguro dental privado. Tengo el derecho de estar presente durante los servicios. 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. He recibido la notificación de prácticas privadas adjunta a esta hoja de consentimiento y consiento la divulgación de los récords médicos como descrita en la misma. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita inicial, de seguimiento y de 6-meses de mi niño. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

FIRME AQUI _____ Fecha _____
 Nombre Impreso _____

Prefiero estar presente. Por favor notifíqueme cuando visiten la escuela de mi niño.

Para su privacidad doble y asegure.

Paul Boonmee, DDS, Nizila Bagheri, DDS, Annie Chou, DDS, Preeti D'souza, DDS, Rupen Der Boghosian, DDS, Unnatl Doshi, DDS, Shokou Ghazal, DDS, Amy Jagger, DDS, Arvin Kadempour, DDS, Soudabeth Kholdi, DDS, Diana Lee, DDS, Susan Lee, DDS, Donna Lieu, DDS, Kenneth Lu, DDS, Scott Meyers, DDS, Nasr Mousa, DDS, Kaitlyn Nguyen, DDS, Sam Niruyi, DDS, Edmond Rassibi, DMD, Sahar N.Ravari, DMD, Melissa Rodas, DDS, Mercay M. Romero, DMD, Gurgen Sahakyan, DDS, Shmuel Samoha, DDS, Mohamed Soliman, DDS, Angela Tung, DDS, Christina Vuong, DDS, Nader Yermian, DDS

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LE SOLICITAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE Y MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

NUESTRO DEBER LEGAL

Somos requeridos por leyes federales y estatales a mantener la privacidad de su información médica y de salud. También nos es requerido que le proporcionemos este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y los derechos de su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantiene en efecto. Este Aviso toma efecto 04/04/03, y se mantendrá en efecto hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de modificar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Nos reservamos el derecho de modificar o cambiar los términos de este Aviso, y de aplicar tales cambios a nuestras regulaciones y procedimientos con respecto a su información médica y de salud. Usted tiene el derecho de ser notificado sobre cualquier cambio a este Aviso y de recibir una copia escrita de esos cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido. Para obtener una copia de este Aviso una vez que haya sido cambiado, solicítela a su proveedor de tratamiento o a cualquier miembro del personal.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

Usamos y divulgamos su información médica para fines de tratamiento, facturación u operaciones de salud. Por Ejemplo: **Tratamiento:** Podemos divulgar información a médicos u algún enfermera de la escuela otro proveedor de salud que le este proporcionando tratamiento.

Con fines de efectuar cobros/pagos: Podemos usar y divulgar su información medica con fines de facturar y obtener pago por los servicios efectuados.

Con fines administrativos, relacionados con el cuidado médico: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted con fines de administración del cuidado médico. Podemos utilizar información médica y de salud para analizar nuestros tratamientos y servicios, así como para evaluar la calidad del tratamiento que los médicos le proporcionen. También podemos combinar información médica y de salud sobre muchos clientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios ya no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos o no. Asimismo, podemos divulgar información a médicos, enfermeras, consejeros, estudiantes de medicina y de cuidado de la salud, y otro personal de agencias con fines de revisión y aprendizaje. De modo similar, podemos combinar la información médica y de salud de la que disponemos con la de otras agencias, con el propósito de comparar nuestro funcionamiento y comprender cómo mejorar los servicios y el cuidado que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifique a usted en un conjunto de información médica y de salud, a fin de que otros puedan usarla para estudiar el cuidado médico y de salud y su prestación, sin saber quienes son los clientes específicos.

Su Autorización: Aparte de usar su información médica para fines de tratamiento, efectuar cobros/pagos o fines administrativos, usted nos puede dar autorización por escrito para usar su información medica o divulgarla a cualquier persona con cualquier propósito. Si usted nos da autorización, nos la puede retirar en cualquier momento por escrito. El retiro de su permiso no afectara ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras esta este en efecto. Al menos de que usted nos de permiso por escrito, nosotros no podemos usar o divulgar su información medica con ningún propósito excepto los descritos en este Aviso.

A Sus Familiares y Amigos: Debemos divulgar su información médica, como lo es descrito en la sección de los derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar la información medica a algún miembro de la familia, amigo u otra persona necesaria que le ayude con sus problemas de salud o pago de los tratamiento, pero solamente si usted esta de acuerdo con eso.

Personas Involucradas en el Cuidado: Nosotros podemos usar o divulgar información medica para notificar, o asistir en la notificación de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable por su cuidado, su ubicación, condición general, o muerte. Si usted esta presente, entonces antes de divulgar su información medica, le daremos la oportunidad de rehusarse a la divulgación de tales usos. En la circunstancia de que usted se encuentre incapacitado o alguna emergencia, divulgaremos su información medica basado en determinación usando nuestro criterio profesional para divulgar solo la información necesaria a la persona que este a cargo de su salud. También utilizaremos nuestro criterio profesional y nuestra experiencia con prácticas comunes para hacer interferencias razonables para su mejor interés permitiéndole a alguna otra persona para que recoja recetas medicas, utensilios médicos, rayos x, o algún otro documento de salud similar.

Servicios de Mercadotecnia Relacionados a la Salud: No usaremos su información medica con fines de comunicados mercadotécnicos si su consentimiento por escrito.

Requerido por la Ley: Podemos usar o divulgar su información medica cuando no lo es requerido por la ley.

Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica: Podemos divulgar su información médica y de salud para notificar a las autoridades apropiadas del gobierno si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando así sea requerido o autorizado por la ley.

Con fines de investigación: En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede requerir comparar la salud y la recuperación de todos los clientes que han recibido un medicamento, con las de aquéllos que recibieron otro para tratar una misma condición médica. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica y de salud, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con las necesidades de privacidad de la información médica y de salud de los clientes. Antes de usar o divulgar información médica y de salud con fines de investigación, el proyecto tiene que haber sido autorizado por este proceso de aprobación; sin embargo, podemos divulgar información médica y de salud acerca de usted a personas que estén preparando la realización de un proyecto de investigación.

Recordatorios de Citas: Podemos utilizar su información de salud para mandarle un recordatorio de su próxima cita (tal como correo de voz, postales o cartas).

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Acceso: Uste tiene el derecho de ver y obtener copias de su información medica con ciertas limitaciones. Usted puede pedir copias fotográficas. Le proporcionares el formato deseado mientras sea práctico hacerlo. Usted debe pedir la información por escrito. Uste nos puede pedir acceso a su información mandándonos una carta a la dirección al final de este aviso.

Derecho de solicitar enmiendas: Si usted considera que su información médica y de salud archivada en nuestros registros es inexacta o incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información esté en nuestro poder. Para solicitar una enmienda, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, debe exponer la razón que motiva la enmienda. Su pedido se incorporará a su registro. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario y una lista de sitios del Condado para este propósito.) Podemos rechazar su pedido si usted nos solicita que enmendemos información que no haya sido preparada por nosotros, o que sea parte de información que a usted no se le haya permitido inspeccionar y copiar, o que sea considerada exacta y completa por su equipo de tratamiento.

Restricciones: Usted tiene el derecho de pedir que nosotros pongamos restricciones adicionales en el uso y divulgación de su información medica. No estamos obligados a seguir estas restricciones pero si lo hacemos, obedeceremos nuestro acuerdo (excepto en emergencias).

Comunicaciones alternativas: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a citas y otras cuestiones relacionadas con su tratamiento de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo, o mediante correspondencia dirigida a una casilla postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Procuraremos cumplir con todos los pedidos razonables.

Cambios: Usted tiene el derecho a que hagamos cambios a su historial medico. (Su petición debe ser por escrito, y debe explicar el por que su información debe ser cambiada). Tenemos el derecho a negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: Si usted recibe este aviso por medio de nuestra página web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene el derecho de recibir este Aviso en forma escrita.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted desea recibir mas información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene alguna pregunta o duda, por favor comuníquese con nosotros. Si usted esta preocupados de que nosotros hemos violado su derecho de privacidad o esta en desacuerdo con las decisiones que hemos tomado en cuando a la divulgación de su información de salud o en respuesta a algún cambio solicitado o restricción de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted de alguna forma alterna o una ubicación alterna, usted puede quejarse usando la información dada al final de este Aviso. También puede mandar una queja por escrito al Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para mandar una queja con ellos.

Nosotros apoyamos los derechos de privacidad de su información médica. Nosotros no tomaremos ninguna represalia de ninguna manera si usted decide quejarse con el Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos.

Contact Officer: HIPAA OFFICER

Telephone: 877-227-9892

Fax: 800-967-2147

E-mail: Info@bigsmilesdental.org

Address: 6543 Topanga Cyn Blvd Canoga Park, CA 91303-2622

駐校牙齒護理

準許表格

*Medi-Cal
可能會支付 100% 的醫療
費用

請今天填妥及簽署這份表格並把它交回學校

學生可以在校獲取牙科護理而避免牙齒問題去影響學習。這是Medi-Cal、BIC、Denti-Cal或Healthy Family免費*提供給你子女的服務。另外，我們接受多數的保險和有一些捐贈服務給那些沒有保險的人士。

兒童在過去六個月接受定期牙齒護理的應該繼續接受由他們牙醫的護理。

1. 告訴我們有關貴子女 若謝絕這項服務，請勾這格子，並祇填寫“學生姓名”和“出生日期”。

學生姓名：_____ 男/女
(請清楚正楷填寫) 名字 姓氏 圖一

學生出生日期：___/___/___ 學校_____
月 日 年

老師：_____ 校區：屋崙聯合校區 (OUSD) 年級：_____ 組別：_____

地址：_____ 城市：_____ 州：_____ 郵區：_____

電郵：_____ 電話：(____) _____ 第二個電話：(____) _____

2. 保險資料 (請選擇“v”下列其中一項)

Medi-Cal 支付 100% 醫療費用

學生有Medi-Cal

(亦稱作為 BIC, Healthy Families, Denti-Cal, Medicaid) (在以上格子填寫 14 個數字的身分號碼)

學生有私人保險

保險公司名稱(Medi-Cal 除外) _____ 保險公司電話：_____

組別編號# _____ 僱主姓名：_____ 公司電話：_____

受保的成人姓名：_____ 受保的成人出生日期：_____

保單號碼：_____

學生沒有保險 我可能對支付牙醫服務有興趣，請與我聯絡。

3. 兒童病歷

請選出所有適用於貴子女。

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 最近有牙齒問題 | <input type="checkbox"/> 鎌刀型紅血球症 |
| <input type="checkbox"/> 對橡膠過敏 | <input type="checkbox"/> 貧血症 |
| <input type="checkbox"/> 對藥物/其他物品過敏 | <input type="checkbox"/> 癲癇/羊癇 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 肝臟問題 |
| <input type="checkbox"/> 行為問題 | <input type="checkbox"/> 腎臟問題 |
| <input type="checkbox"/> 心臟問題/心臟有雜聲 | <input type="checkbox"/> 愛滋病帶菌/愛滋病 |
| <input type="checkbox"/> 風濕熱 | <input type="checkbox"/> 癌症 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肺結核 |
| <input type="checkbox"/> 血友病/出血問題 | <input type="checkbox"/> 傳染性的疾病 |

若有任何醫療改變，請通知我們。詳細和完整的醫療及牙齒歷史對適當的牙齒護理及評估是非常重要的。

列出過敏：_____

兒童的醫生姓名/電話：_____

請使用下列地方詳細說明貴子女的健康，包括現在的醫療治療、以往的大病、酒精及煙草使用(包括無煙的)、列出現在服用的藥物。若需要可以附遞頁數。

請√格子，若需要預先服用藥物

兒童在過去六個月有約見牙醫? 有* 沒有 (請注意：若有，我們便不能提供服務給貴子女。他們應該繼續由他們牙醫提供服務)

4. 請閱讀下列條文及簽署 (若你有問題或希望與牙醫討論查詢，請致電：877-227-9891)。

我是以上列出的兒童之家長或監護人，我授權 Elliot Schlang 牙醫博士 (服務提供者) 及其隸屬的牙醫提供下列服務給我子女：提供所有牙科護理，這可以包括：牙齒檢查、清潔牙齒、氟化物治療、數碼 X-光 (病人會受到最低程度的幅射)、牙齒密封劑治療 (一層薄的樹脂黏在牙齒去遮蓋牙溝)。在多數的情況下，貴子女接受牙齒保健中不會受到任何傷害，在少有的情況，我們所用的材料可以引起過敏。我授權及指示 Elliot Schlang 牙醫博士代表我本人和/或病人，就適用於病人的福利，向為這病人提供這些服務的任何 Medicaid、保險公司、或其他第三方付款機構發出帳單和收取費用。若我有私人牙齒保險，我將會收到帳單並同意支付任何扣除費用和/或有關費用。接受駐校牙醫服務可能影響貴子女將來私人保險，Medi-Cal、或 CHIP 提供的福利。我有權在提供服務的時候在場。除非我預先安排在服務提供的時候出席在場，否則服務將會在我不在場時提供。我亦收到隨表格附上的處理私隱法通知書和同意發放我子女的醫療記錄資料如上所描述的。這份簽署的同意書授權我子女的初次牙醫約見、跟進及六個月的約見。我可以在任何時候退出的。

簽署：_____ 日期：_____

正楷填寫姓名：_____

我選擇在場。當你到我子女學校的時候，請通知我。

為保障你的私隱，把你這份表格接起，
請轉後頁

ELLIOT SCHLANG, 牙醫博士私人診所

Paul Boonmee, 牙醫博士, Nizila Bagheri, 牙醫博士, Annie Chou, 牙醫博士, Preeti D'souza, 牙醫博士, Rupen Der Boghosian, 牙醫博士, Unnati Doshi, 牙醫博士, Shokoui Ghazal, 牙醫博士, Amy Jagger, 牙醫博士, Arvin Kadempour, 牙醫博士, Soudabeth Kholdi, 牙醫博士, Diana Lee, 牙醫博士, Susan Lee, 牙醫博士, Donna Lieu, 牙醫博士, Kenneth Lu, 牙醫博士, Scott Meyers, 牙醫博士, Nasr Mousa, 牙醫博士, Kaitlyn Nguyen, 牙醫博士, Sam Niruyi, 牙醫博士, Edmond Rassibi, DMD, Sahar N.Ravari, DMD, Melissa Rodas, 牙醫博士, Mercay M. Romero, DMD, Gurgen Sahakyan, 牙醫博士, Shmuel Samoha, 牙醫博士, Mohamed Soliman, 牙醫博士, Angela Tung, 牙醫博士, Christina Vuong, 牙醫博士, Nader Yermian, 牙醫博士

處理私隱法通知書

這份通知書描述有關你的醫療資料是如何被使用及透露, 和你如何能夠得到這些資料。你的醫療資料私隱對我們是非常重要的。請仔細閱讀, 並保留此份通知書作為記錄。

我們的法律責任

我們必須應用聯邦及州法律來保障你的健康資料私隱。我們也需要給予你這份通知書, 告訴你有關我們對私隱處理的方法、我們的法律責任和你的健康資料權利。我們必須按照這份有效通知書記載的內容處理私隱。這份通知書在 2003 年 4 月 14 日起生效, 並會繼續維持有效直到更新此份通知書為止。

我們在任何時間, 在法律許可下, 保留更改我們處理私隱法的權利及其條款。我們保留對現存所有健康資料記錄的更新處理私隱法及這份通知書的新條款之權利, 包括在我們更改前編制或獲得的健康記錄。在我們處理私隱法作出主要更改之前, 我們將更改這份通知書, 並在要求下提供一份新的通知書。

你可以在任何時間要求索取新的通知書。若你需要更多有關處理私隱法的資料, 或額外通知書影印本, 請使用在這份通知書末端所列出的資料來與我們聯絡。

健康資料之使用及透露

我們使用及透露有關你的健康資料, 包括治療、支付費用、和健康護理運作。例子:

治療: 我們可以使用和透露你的健康資料給你提供治療的醫生或健康護理提供者。

支付費用: 我們可以使用和透露你的健康資料來獲取我們為你提供服務的診金。

健康護理運作: 我們在與你有關的健康護理運作上可以使用和透露你的健康資料。健康護理運作, 包括有質素的評估及改善活動; 審核能力或專業健康護理資格; 評估醫療及服務提供者; 培訓計劃; 發出認可書、證明書、執照或文憑。

你的授權: 除了在你的治療、支付費用、和健康護理運作上使用及透露有關你的健康資料外, 你也可以在任何目的下, 書面授權使用或透露你的健康資料給任何人。若你給予我們授權書, 你可以在任何時間書面撤消這份授權書。你的撤回將不會影響在你所準許授權有效期間之任何使用及透露你的資料。除非你書面給予授權, 否則我們不能在任何原因下使用或透露你的健康資料, 除了在這份通知書所包括的內容外。

你的家人及朋友: 我們必須按照這份通知書內的病人權利內容把你的健康資料透露給你。你可以把你的健康資料透露給你的家人、朋友或其他能夠幫助你的健康護理或支付你診金的人士, 但我們祇在你同意下才會實施執行。

有參與護理的人士: 我們可以使用和透露你的健康資料來通知, 或協助通知 (包括鑒別或尋找) 你的家人、你的個人代表或其他負責你健康護理人士有關你的所在、你的狀況、或死亡。若你在場, 那麼在使用或透露你的健康資料之前, 我們將會給予你機會反對這樣的使用或透露。當你在沒有能力或緊急狀況下, 我們將基於我們的專業判斷力來決定透露健康資料, 但祇會透露你的健康資料給你健康護理上直接有關的人士。我們也將會使用我們的專業判斷力、經驗和慣例作出合理而對你最有利的推斷讓人士領取處方藥物、醫療用品、X光、或其他類似的健康資料。

推廣健康服務: 在沒有你的書面同意授權, 我們將不會使用你的健康資料作為市場推廣通訊。

法律規定: 當法律要求我們使用或透露你的健康資料, 我們可以按照法律規定而行。

虐待或忽略: 我們可以使用或透露你的健康資料給適當的執法人員。若我們相信你被虐待、忽略、或家庭暴力受害者或在其他罪案有可能是受害者, 我們可以透露你的健康資料至某種程度來避免對你的健康受到嚴重威脅或健康安全, 或他人安全。

國家安全: 我們可以在某種情況下把從軍人士的健康資料透露給軍方。我們在法律規定下, 可以透露健康資料給授權的聯邦官員, 包括合法的情報、反情報、及其他國家安全的行動。我們可以透露監犯或在某種情況下病人之保密健康資料給其有合法監管權的監獄或執法官員。

預約提醒通知: 我們可以使用或透露你的健康資料來給你約見提醒通知 (如: 聲音留言、明信片、或信件)。

病人權利

索取資料的方法: 在有限的特殊情況下, 你是有權查閱或索取你的健康資料副本。你可以要求我們提供一份影印本。除了我們在沒有能力做到的情況下, 我們將會使用你所要求的方式提供資料。你必須書面提出索取你健康資料的要求, 你可以使用在此通知書末端的地址郵寄索取你的健康資料。

透露資料記錄: 你有權索取在過去六年, 但不包括 2003 年 4 月 14 日前由我們或我們的商業伙伴透露你健康資料的一份提取資料時間記錄表, 除了治療、支付費用、健康護理運作, 和在某種活動以外。若你在十二個月內要求這份記錄多過一次, 我們可以向你收取一個合理的成本費用來回應這項額外要求。

限制: 你有權在使用或透露你的健康資料上要求我們加增額外限制。我們不需要同意這些加增限制, 若我們實行, 我們將會遵循你的協議 (緊急事故除外)。

後備通訊: 你有權要求我們以其他方法或在其他地點與你傳達你的健康資料 (你必須以書面提出要求。) 你的要求必須有具體方法或地點, 並在你所要求的其他方法或地點上, 提供滿意的說明你將會處理費用。

修改: 你有權要求我們修改你的健康資料 (你必須以書面提出你的要求, 並必須說明為什麼這資料是應當修改。) 在某種情況下, 我們可以拒絕你的要求。

電子通知: 若你在我們的網址或電子郵件 (電郵) 獲得這份通知書, 你是有資格以書面得到這份通知書。問題及投訴:

若你希望索取更多有關處理私隱法的資料, 或有問題, 或關注, 請與我們聯絡。若你關注我們可能有違反你的私隱權利、或你不同意我們對有關索取你的健康資料所作出的決定、或你所提出的修改要求、或使用或透露你的健康資料的限制、或我們與你通訊的其他方法或其他地點的要求, 你可以使用在這份通知書末端所列出的聯絡資料向我們投訴。你也可以向美國健康及人類服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 遞交一份書面投訴書。在你的要求下, 我們將會為你提供國健康及人類服務部的地址, 來讓你遞交書面投訴。

我們支持你的健康資料私隱權利, 若你選擇向國健康及人類服務部投訴。我們將不會作出任何方式的報復。

聯絡員: HIPAA Officer

電話: 877-227-9892

圖文傳真: 800-967-2147

電郵: info@bigsmilesdental.org

地址: 6543 Topanga Cyn Blvd., Canoga Park, CA 91303-2622



ការអនុវត្តវិធានការកាត់បន្ថយហានិភ័យសម្រាប់ការរីករាលដាលនៃជំងឺ COVID-19

ទូរស័ព្ទ: 947/578-8103 ម៉ែល: 947/578-9891 អាសយដ្ឋាន: 3000 Lakeside Blvd, Oakland, CA 94612 គេហទំព័រ: www.oaklandk12.org

១ ព័ត៌មានអ្នកបំពេញបែបបទ

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែ: _____

អ្នកប្រឹក្សាសិស្ស គ្រូបង្រៀន ក្រុមគ្រូបង្រៀន បុគ្គលិកសាលា បុគ្គលិកអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ បុគ្គលិកសិក្សាស្រាវជ្រាវ

២ ព័ត៌មានអំពីសិស្ស

ប្រធានសិប្បកម្ម/ប្រធានប្រតិបត្តិ គ្រូបង្រៀន ក្រុមគ្រូបង្រៀន បុគ្គលិកសាលា បុគ្គលិកអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ បុគ្គលិកសិក្សាស្រាវជ្រាវ

សិស្សនាម: _____ ឈ្មោះត្រកូល: _____ ថ្នាក់: _____

៣ ការអនុវត្តវិធានការ

ប្រធានសិប្បកម្ម/ប្រធានប្រតិបត្តិ គ្រូបង្រៀន ក្រុមគ្រូបង្រៀន បុគ្គលិកសាលា បុគ្គលិកអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ បុគ្គលិកសិក្សាស្រាវជ្រាវ

សិស្សនាម: _____ ឈ្មោះត្រកូល: _____ ថ្នាក់: _____

៤ ការអនុវត្តវិធានការ

ប្រធានសិប្បកម្ម/ប្រធានប្រតិបត្តិ គ្រូបង្រៀន ក្រុមគ្រូបង្រៀន បុគ្គលិកសាលា បុគ្គលិកអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ បុគ្គលិកសិក្សាស្រាវជ្រាវ

សិស្សនាម: _____ ឈ្មោះត្រកូល: _____ ថ្នាក់: _____

៥ ការអនុវត្តវិធានការ

ប្រធានសិប្បកម្ម/ប្រធានប្រតិបត្តិ គ្រូបង្រៀន ក្រុមគ្រូបង្រៀន បុគ្គលិកសាលា បុគ្គលិកអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ បុគ្គលិកសិក្សាស្រាវជ្រាវ

សិស្សនាម: _____ ឈ្មោះត្រកូល: _____ ថ្នាក់: _____

ការអនុវត្តវិធានការ 100% ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបែបបទ

ការអនុវត្តវិធានការកាត់បន្ថយហានិភ័យសម្រាប់ការរីករាលដាលនៃជំងឺ COVID-19



CHĂM SÓC RĂNG Ở TRƯỜNG GIẤY CHO PHÉP

Xin điền vào, ký tên hôm nay & trả lại cho trường

Medi-Cal có thể
trả 100% cho mọi
chữa trị

Học sinh có thể được chăm sóc răng ở trường để tránh bệnh về răng ảnh hưởng đến học hành. Việc này **không tốn tiền cho quý vị** nếu trẻ có Medi-Cal, BIC, Denti-Cal hay Healthy Families. Ngoài ra, hầu hết hãng bảo hiểm đều được chấp nhận và chúng tôi có một số dịch vụ tặng không cho người không có bảo hiểm.

Những trẻ mà có chăm sóc răng thường xuyên hay có viếng nha sĩ trong 6 tháng qua phải được nha sĩ hiện tại chăm sóc tiếp tục.

1. HÃY CHO CHÚNG TÔI BIẾT VỀ CON QUÝ VỊ Muốn từ chối dịch vụ, hãy đánh dấu ở đây và điền phần Tên học sinh và ngày sinh thôi.

Tên học sinh _____ Nam/Nữ
(Xin viết chữ in rõ ràng) Tên _____ Họ _____ (Khoanh 1 chữ)

Ngày sinh của học sinh ____/____/____ Trường _____
Tháng ngày năm

Giáo viên _____ Học khu OUSD Lớp _____ Nhóm _____

Tên của quý vị _____ Quan hệ với học sinh Cha mẹ
 Bảo hộ

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Email _____ Điện thoại () _____ Điện thoại thứ hai () _____

2. THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM (Đánh dấu một ô) **Medi-Cal có thể trả 100% cho mọi chữa trị**

HOC SINH CÓ MEDI-CAL (cũng còn gọi là BIC, Healthy Families, Denti-Cal, Medicaid)

HOC SINH CÓ BẢO HIỂM TƯ

Tên Công ty bảo hiểm (khác hơn là Medicaid) _____ Điện thoại công ty bảo hiểm _____

Nhóm # _____ Tên chủ nhân _____ Điện thoại công ty _____

Tên người lớn được bảo hiểm _____ Ngày sinh của người này _____

Chính sách (Policy) # _____

HOC SINH KHÔNG CÓ BẢO HIỂM Tôi có thể trả tiền làm răng. Xin liên hệ với tôi.

3. LỊCH SỬ Y TẾ CỦA TRẺ

Đánh dấu mọi bệnh tật trẻ có

- Bệnh răng gần đây
- Dị ứng chất mù Latex
- Dị ứng thuốc men/ thứ khác
- Suyễn hay thở khò khè
- Vấn đề tâm thần
- Tim/Van tim
- Sốt cấp tính
- Tiểu đường
- Chảy máu/máu không đông

- Thiếu hồng cầu
- Thiếu máu/Xiu
- Hệ thần kinh/Lên con
- Gan/Viêm gan
- Thận
- HIV/Sida
- Ung thư
- Lao
- Bệnh truyền nhiễm

Báo chúng tôi biết nếu có thay đổi về sức khỏe. Lịch sử răng miệng và bệnh tật thì quan trọng cho việc khám và đánh giá răng đúng mức.

Liệt kê các dị ứng: _____

Tên/điện thoại của bác sĩ của trẻ _____

Dùng khoảng trống dưới đây để ghi thêm chi tiết về sức khỏe của trẻ bao gồm chữa trị hiện tại, bệnh đa'ng kể trong quá khứ, dùng thuốc, rượu (kể cả không khói). Liệt kê thuốc đang dùng. Thêm giấy nếu cần.

Đánh dấu nếu cần chuẩn bị thuốc men trước

Trẻ có tới nha sĩ trong 6 tháng qua Có Không Nếu trả lời có thì chúng tôi không thể giúp gì cháu được mà cháu phải tiếp tục đến nha sĩ đó để chữa trị.

4. HÃY ĐỌC VÀ KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY (Nếu quý vị có gì hỏi hay muốn nói chuyện với một nha sĩ thì gọi chúng tôi số 877-227-9891)

Tôi hiểu và cho phép Elliot P. Schlang, DDS, PC và những nha sĩ cộng sự cung cấp những dịch vụ sau đây cho trẻ có tên trên mà tôi là phụ huynh hay giám hộ: KHÁM RĂNG, ĐẠY VỆ SINH RĂNG MIỆNG, CHÀ RĂNG, CHỮA TRỊ FLUORIDE, X-RAYS (bệnh nhân sẽ tiếp xúc tối thiểu với quang tuyến) & TRÁM RĂNG. (chất nhựa để trám vào các khe rãnh của răng). Trong khi chắc hẳn là con quý vị không bị thương tích trong lúc chăm sóc răng. Trong nhiều trường hợp, sản phẩm mà chúng tôi dùng có thể gây phản ứng dị ứng. Tôi cho phép và lệnh cho người chăm sóc y tế tính tiền và thu thanh toán từ bất kỳ bảo hiểm, Medicaid nào hay tư nhân nếu tôi có bảo hiểm tư. Tôi sẽ chịu ghi hóa đơn và trả số tiền deductible và/hoặc co-pay. Chữa trị bởi nha sĩ trong trường có thể ảnh hưởng phúc lợi trong tương lai mà con quý vị có thể nhận theo bảo hiểm tư, Medicaid hay CHIP. Tôi có quyền có mặt lúc con tôi nhận dịch vụ. Trừ phi tôi sắp xếp trước và có mặt lúc nha sĩ phục vụ còn không thì dịch vụ sẽ được cung cấp mà không có sự hiện diện của tôi. Tôi đã nhận được bản thông báo về thực hành riêng tư kèm theo mẫu này và đồng ý cho tiết lộ thông tin hồ sơ y tế như đã mô tả. Bản đồng ý đã ký tên này cho phép con tôi viếng nha sĩ lần đầu, đi tiếp theo và đi 6 tháng sau. Tôi có thể rút lại lời đồng ý này bất cứ lúc nào.

Ký tên ở đây _____ Ngày: _____

Tên viết bằng chữ in _____

Tôi muốn có mặt. Xin báo tôi biết khi quý vị tới trường làm việc. Để cho sự riêng tư của quý vị, Xin gấp và cất
Tiếng Tây Ban Nha ở mặt sau

Dr. Elliot SCHANG, DDS PC

Paul Boonmee, DDS – Dr. Nizila Bagheri, DDS – Annie Chou, DDS – Preeti D’souza, DDS – Dr. Rupen Der Boghosian, DDS – Shoukui Ghazal, DDS – Amy Jagger, DDS – Arvin Kadempour DDS –Soudabeth Kholdi, DDS - Diana Lee, DDS – Donna Lieu, DDS – Keneth Lu, DDS – Scott Meyers, DDS - . Nasr Mousa DDS – Kaitlin Nguyen, DDS – Sam Niruyi, DDS- Edmond Rassibi, DMD – Sahar N. Ravari, DMD – Melissa Rodas, DDS – Mercay M. Romero, DMD – Gurgem Sahakyan, DDS – Shmuel Samoha, DDS – Mohamed Soliman, DDS – Angela Tung, DDS – Christina Vuong, DDS – Nader Yermian, DDS.

THÔNG BÁO NHỮNG THỰC HÀNH RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH MÀ THÔNG TIN Y KHOA VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC VÀ TIẾT LỘ CÙNG CÁCH MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP CÁC THÔNG TIN ĐÓ. SỰ RIÊNG TƯ CỦA THÔNG TIN Y TẾ CỦA QUÝ VỊ THÌ QUAN TRỌNG ĐỐI VỚI CHÚNG TÔI. XIN XEM KỸ NÓ. HÃY GIỮ NÓ ĐỂ LƯU HỒ SƠ.

NHIỆM VỤ PHÁP LÝ CỦA CHÚNG TÔI

Luật lệ tiêu và liên bang yêu cầu chúng tôi duy trì riêng tư những chi tiết y tế của quý vị., cũng như cho quý vị biết về các thực hành đạo luật riêng tư của chúng tôi, nhiệm vụ pháp lý của chúng tôi và quyền của quý vị liên quan tới thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi phải tuân theo những thực hành riêng tư mô tả trong Thông báo này khi nó còn hiệu lực. Thông báo này có hiệu lực từ ngày 14 tháng 4 năm 2003 và vẫn hiệu lực cho tới khi chúng tôi thay thế nó.

Chúng tôi dành quyền thay đổi thực hành đạo luật riêng tư và những điều khoản của thông báo này bất cứ lúc nào, miễn là luật pháp cho phép. Chúng tôi dành quyền thay đổi trong thực hành riêng tư và những điều khoản của thông báo mới có hiệu lực cho tất cả thông tin sức khỏe mà chúng tôi duy trì kể cả thông tin sức khỏe mà chúng tôi tạo ra hay nhận được trước khi có thay đổi. Trước khi chúng tôi thay đổi gì quan trọng thực hành riêng tư thì chúng tôi sẽ thay đổi thông báo này và phổ biến nếu có yêu cầu..

Quý vị có thể yêu cầu 1 bản thông báo bất cứ lúc nào. Muốn biết thêm chi tiết về những thực hành riêng tư của chúng tôi hay thêm bản sao của Thông báo này xin liên lạc với chúng tôi dùng thông tin ghi ở cuối thông báo này.

SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị để chữa trị, thanh toán tiền và các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Ví dụ:

Chữa trị: Chúng tôi có thể sử dụng hay tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho 1 y sĩ hay người chăm sóc y tế lo việc chữa trị cho quý vị.

Thanh toán tiền: Chúng tôi có thể dùng hay tiết lộ thông tin y tế của quý vị để nhận thanh toán cho những dịch vụ chúng tôi cung cấp cho quý vị.

Những hoạt động về chăm sóc sức khỏe: Chúng tôi có thể dùng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị liên quan tới những hoạt động chăm sóc y tế của quý vị. Các hoạt động này bao gồm đánh giá chất lượng và các hoạt động cải tiến, xét duyệt khả năng hay bằng cấp của những người chuyên chăm sóc sức khỏe, đánh giá hiệu suất của y sĩ hay người chăm sóc, tiến hành chương trình huấn luyện, hoạt động công nhận, xác nhận, cấp giấy phép, hay bằng sự phạm.

Quyền cho phép của quý vị: Ngoài việc chúng tôi sử dụng thông tin y tế của quý vị để cho các hoạt động chữa bệnh, thanh toán và chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể cho chúng tôi 1 giấy phép sử dụng thông tin y tế hay tiết lộ nó cho bất kỳ ai mục đích gì. Nếu quý vị cho phép thì quý vị có thể thu hồi cho phép đó bất cứ lúc nào bằng văn bản. Sự thu hồi đó không ảnh hưởng tới việc sử dụng hay tiết lộ mà lúc trước quý vị đã cho phép khi còn hiệu lực. Trừ phi quý vị cho phép bằng văn bản, chúng tôi không thể dùng hay tiết lộ thông tin sức khỏe vì bất kỳ lý do nào trừ những lý do nói trong Thông báo này.

Đối với gia đình và bạn bè của quý vị: Chúng tôi phải tiết lộ thông tin sức khỏe cho quý vị như mô tả trong Phần Quyền lợi của bệnh nhân trong bản Thông báo này. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho 1 thành viên gia đình, hay 1 người khác nếu như cần thiết để chữa trị hay thanh toán cho chăm sóc nhưng chỉ khi nào quý vị cho phép chúng tôi làm như vậy.

Những người liên quan tới chăm sóc: Chúng tôi có thể dùng hay tiết lộ thông tin y tế để thông báo hay giúp thông báo (kể cả nhận diện hay xác định) 1 thành viên gia đình, 1 đại diện cá nhân, hay 1 người khác chịu trách nhiệm chăm sóc quý vị., về chỗ của quý vị, tình trạng sức khỏe hay chết chóc.. Nếu quý vị có mặt thì chúng tôi dành cho quý vị quyền cho hay không cho chúng tôi dùng hay tiết lộ thông tin sức khỏe. Trường hợp quý vị không có khả năng hay khẩn cấp, chúng tôi sẽ tiết lộ thông tin sức khỏe nhưng chỉ những gì liên quan tới người có dính dáng tới chăm lo sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng dùng phán đoán chuyên môn và kinh nghiệm thực hành để tìm ra ý muốn của quý vị trong việc cho phép 1 người lấy thuốc giùm, tiếp liệu y tế, Quang tuyến X hay những thứ tương tự.

Tiếp thị Các Dịch vụ liên quan tới sức khỏe. Chúng tôi sẽ không dùng thông tin sức khỏe cho tiếp thị mà không có văn bản cho phép của quý vị.

Luật pháp yêu cầu: Chúng tôi có thể dùng hay tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị khi luật pháp yêu cầu.

Lạm dụng hay Sao lãng: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe cho giới thẩm quyền nếu chúng tôi tin là quý vị là nạn nhân của lạm dụng, bỏ bê, bạo lực hay tội ác nào khác. Hay là để tránh 1 đe dọa nghiêm trọng cho sức khỏe quý vị hay an toàn của sức khỏe hay an toàn của những người khác.

cho sức khỏe quý vị hay an toàn của sức khỏe hay an toàn của những người khác

An ninh quốc gia: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế cho giới chức quân sự, quân đội trong vài trường hợp., cho nhân viên liên bang có thẩm quyền đòi hỏi bởi tình báo, phản gián và những hoạt động an ninh quốc gia khác. Cũng có thể tiết lộ cho nhà trừng giới hay viên chức thừa hành pháp luật được quyền giữ thông tin sức khỏe của tù hay bệnh nhân trong vài trường hợp.

Nhắc nhở các hẹn gặp: Chúng tôi có thể dùng hay tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị để cung cấp cho quý vị những nhắc nhở hẹn gặp (như nhắc tin, thư, thiệp).

QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN

Truy cập: Quý vị có quyền xem hay lấy bản sao thông tin sức khỏe của quý vị với ít ngoại lệ.

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp bản photocopi. Chúng tôi sẽ dùng khuôn khổ quý vị yêu cầu trừ phi là không thể làm được. Quý vị phải có văn bản yêu cầu khi muốn truy cập thông tin này. Quý vị có thể yêu cầu bằng cách gọi cho chúng tôi 1 thư về địa chỉ dưới bản thông báo này.

Tiết lộ kế toán: Quý vị có quyền nhận 1 danh sách các lúc mà chúng tôi hay cộng sự thương mại của chúng tôi tiết lộ thông tin y tế cho các mục đích với chữa trị, thanh toán hay chăm sóc sức khỏe và một số các hoạt động khác, trong 6 năm qua nhưng không trước ngày 14 tháng 4, 2003. Nếu quý vị yêu cầu kế toán này nhiều hơn một lần trong 12 tháng, chúng tôi có thể tính tiền quý vị một lệ phí cơ bản phải chăng cho những yêu cầu thêm này.

Giới hạn: Quý vị có quyền yêu cầu đặt giới hạn trong việc dùng hay tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi không phải đồng ý với các giới hạn thêm này nhưng nếu có đồng ý thì chúng tôi bám vào sự đồng ý của quý vị. (trừ trường hợp khẩn cấp)

Liên lạc thay thế: Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị về thông tin sức khỏe bằng những phương cách thay thế hay địa điểm thay thế (Quý vị phải yêu cầu bằng văn bản) Yêu cầu của quý vị phải nêu rõ phương cách hay địa điểm thay thế và cho lời giải thích thỏa đáng về cách thức thanh toán cho những thay đổi này.

Tu chính: Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi sửa đổi thông tin sức khỏe của quý vị. (Yêu cầu của quý vị phải bằng văn bản và phải giải thích tại sao cần sửa đổi thông tin). Trong vài trường hợp chúng tôi có thể khước từ yêu cầu của quý vị.

Thông báo bằng điện tử: Nếu quý vị nhận được thông báo này trên mạng hay bằng email thì quý vị có quyền nhận thông báo này bằng văn bản.

CÂU HỎI VÀ KHIÊU NẠI

Nếu quý vị muốn thêm chi tiết về thực hành đạo luật riêng tư hay có câu hỏi hay quan tâm gì, thì xin liên lạc với chúng tôi. Nếu quý vị có sự trư tráo là chúng tôi vi phạm quyền riêng tư của quý vị hay là quý vị không đồng ý với một quyết định chúng tôi đã làm khi truy cập thông tin của quý vị hay là để trả lời 1 yêu cầu của quý vị để tu chính hay giới hạn tiết lộ thông tin hay là muốn chúng tôi liên lạc với quý vị bằng phương cách thay thế hay 1 địa điểm thay thế, quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi bằng cách dùng thông tin liên lạc có dưới bản thông báo này. Quý vị cũng có thể nộp 1 đơn khiếu nại lên Bộ Y tế và Dịch vụ con người của Hoa kỳ. Nếu quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ cấp cho quý vị địa chỉ Bộ y tế Hoa kỳ để nộp đơn khiếu nại

Chúng tôi hỗ trợ quyền tư do riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ không trả thù quý vị khi quý vị nộp đơn khiếu nại tới chúng tôi hay tới Bộ Y tế Hoa kỳ.

Nhân viên liên lạc: HIPAA Officer

Điện thoại: 877-227-9892 Fax: 800-967-2147

Email: info@bigsmilesdental.org

Địa chỉ: 6543 Topanga Cyn Blvd Canoga Park, CA 91303-2622



العناية بالأسنان في المدرسة

نموذج إعطاء الإذن

يرجى إكمال وتوقيع وإرجاع هذا النموذج للمدرسة اليوم

قد يغطي مديكال
100% من العلاج*

يمكن للطلاب أن يتلقوا خدمة العناية بأسنانهم من أجل تجنب المشاكل التي قد تسببها والتي تؤثر على عملية تعليمهم. كل هذا مجاناً للأطفال الذين لديهم مديكال أو BIC أو Denti-Cal أو هيلثي فاميليز. بالإضافة لذلك فإن أغلب أنواع التأمين مقبولة ولدينا بعض الخدمات المتاحة لأولئك الذين لا يوجد لديهم تأمين صحي.

بالنسبة للطلاب الذين يحصلون على الرعاية الخاصة بالأسنان بشكل اعتيادي أو الذين زاروا طبيب الأسنان في 6 الشهور الماضية يمكنهم أن يحصلوا على العناية من طبيبهم الحالي

1. أخبرنا عن طفلك لرفض هذه الخدمات ضع علامة على هذا الصندوق وأكمل الجزء الخاص بـ "اسم الطالب وتاريخ ميلاده فقط.

اسم الطالب _____ ذكر - أنثى

(اكتب الاسم بوضوح) الاسم الأول / / المدرسة تاريخ ميلاد الطالب / / الشهر التاريخ السنة

المدرس _____ الدائرة OUSD _____ الصف _____ المسار _____

اسمك _____ صلة القرابة _____ الأب الوصي ولي الأمر القانوني

العنوان _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

البريد الإلكتروني _____ رقم الهاتف _____ () الهاتف 2 _____ ()

2. معلومات التأمين الصحي (ضع علامة على أحد الصناديق) يمكن لـ مديكال أن يغطي 100% من العلاج

يمتلك الطالب مديكال (يُعرف باسم BIC وHealthy Families وDenti-Cal أو Medicaid)

اكتب رقم بطاقة مديكال هنا ()

لدى الطالب تأمين خاص

اسم شركة التأمين (غير Medicaid مديكال) _____ رقم هاتف الشركة _____

رقم المجموعة _____ اسم الموظف _____ رقم الشركة _____

اسم البالغ المؤمن _____ تاريخ ميلاد البالغ المؤمن _____

رقم بوليصة التأمين _____

الطالب غير مؤمن ربما أكون مهتم بدفع خدمات العناية بالأسنان. يرجى التواصل معي.

3. التاريخ الطبي للطفل (ضع علامة على كل ما ينطبق على طفلك)

أبلغنا عن أي تغييرات في التاريخ الطبي. التاريخ الطبي الكامل والشامل عن صحة الأسنان والصحة العامة للطفل مهم من أجل القيام بالفحوصات والتقييم
اكتب أنواع التحسس _____
اسم ورقم هاتف طبيب طفلك _____
اكتب أسفل هذا أي معلومات إضافية عن صحة الطفل بما في ذلك العلاج الطبي الحالي أو أي مرض سابق ذا أهمية وعن استخدام الكحول والتبغ (التبغ سواء بدخان أو غيره). اكتب الأدوية الحالية استخدم ورقة أخرى إذا دعت الحاجة
 ضع علامة إذا كان هناك حاجة لأدوية ما قبل العمليات الجراحية

<input type="checkbox"/> فقر خلايا الدم	<input type="checkbox"/> مشاكل الأسنان الحالية
<input type="checkbox"/> فقر دم وإغماء	<input type="checkbox"/> تحسس من مادة المطاط
<input type="checkbox"/> نوبات صرع وتشنج	<input type="checkbox"/> ربو أو صغير وقت التنفس
<input type="checkbox"/> مشاكل في الكبد أو التهاب الكبد	<input type="checkbox"/> مشاكل في السلوك
<input type="checkbox"/> مشاكل في الكلى	<input type="checkbox"/> مشاكل في القلب أو تمتمة
<input type="checkbox"/> ايدز HIV	<input type="checkbox"/> حمى روماتيزمية
<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> سكري
<input type="checkbox"/> داء السل	<input type="checkbox"/> رعاف أو مشاكل نزيف دم

4. اقرأ و وقع تحت (إذا كان لديك أي استفسارات أو تود التحدث مع طبيب الأسنان يرجى الاتصال بـ 877-2279891)

أفهم وأخول طبيب الأسنان ايلويت بي شلانج (الطبيب) وأطباء الأسنان التابعين له بتقديم الخدمات التالية للطفل المدرج اسمه أعلاه والذي أنا أباه أو الوصي القانوني له: فحص الأسنان وتعليمات النظافة المتعلقة بالضم وتنظيف الأسنان وعلاج الفلورايد والأشعة السينية (يتعرض الأب لكمية قليلة من الإشعاع) وموانع التسرب للأسنان (طبقة خفيفة صمغية تحيط بالأسنان لتغطية الحفر). من غير المحتمل أن يتأذى طفلك من العناية السنوية الوقائية ولكن في حالات نادرة قد تسبب المنتجات نوع من التحسس. أفوض وأرشد الطبيب أن يجمع قيمة فواتير العلاج من أي مديكال أو شركة تأمين أو أي دافع آخر. إذا كان معي تأمين خاص، سيتم إرسال فاتورة لي وأوافق على دفع أي مبالغ إضافية مترتبة أو خصوم. قد يؤثر العلاج في المدرسة على الفوائد المستقبلية التي يحصل عليها طفلك تحت التأمين الخاص أو مديكال أو CHIP. يحق لي التواجد في وقت الخدمة. إذا وافقت مسبقاً على تقديم الخدمات بدون وجودي فإنه سيتم تقديم الخدمات في حال غيابي. لقد حصلت على نسخة من إشعار ممارسة الخصوصية مع هذا النموذج وأوافق على تحرير المعلومات الطبية الخاصة بالطفل كما قد تم شرحها مسبقاً هنا. الموافقة الموقعة تخول القيام بالزيارة الأولية لفحص الأسنان لطفلي والمتابعة والزيارات كل نصف سنة. يمكنني سحب الموافقة في أي وقت.

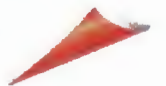
التاريخ _____ وقع هنا _____

الاسم

أفضل أن أكون حاضر. يرجى إبلاغي بموعد قدومكم إلى مدرسة ابني.

طبيب الأسنان ايلويت بي شلانج 6543 Topanga Cyn Blvd Canoga Park, Ca 91303-2622 رقم الهاتف 877-227-9891

من أجل الحفاظ على خصوصيتك
أقلب الورقة وضعها في مكان آمن



طبيب الاسنان ايليو شلانج

والاطباء التالية اسمائهم بول بونمي ونيزيلا باغري واني تشو وبريتي سوزا وروبين در بوغسيان وأوناتي نوشي وشوكوي جزال وايمي جاغر وارفين كاديمبور وسورايبث كولدي وديانا لي وسوزان لي ودونا ليو وكيني لو وسكوت مايرز ونصر موسى وكايلتن جوين وسام نيرويي وادموند راسيبي وسحر رافري ومليسا رودا وميركاي روميرو وجورجين ساحقيان وشمويل ساموفا ومحمد سليمان وانجيلا تنج وكريستينا فونج ونادر يرميان

اشعار ممارسة الخصوصية

يصف هذا الاشعار كيفية استخدام والافصاح عن المعلومات الطبية الخاصة بك وكيف يمكن الوصول لهذه المعلومات. تمهنا خصوصية المعلومات الطبية الخاصة بك. يرجى منك مراجعة هذا الاشعار والاحتفاظ به في سجلاتك.

واجبنا القانوني

يلزمنا القانون الفيدرالي والقوانين النافذة في الولاية أن نحافظ على خصوصية المعلومات الصحية. نحن ملزمون بإعطائك هذا الاشعار حول ممارسات الخصوصية والواجبات القانونية وحقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية. يجب علينا أن نتبع ممارسات الخصوصية الموصوفة بهذا الاشعار طالما وهي نافذة. هذا الاشعار ساري المفعول منذ 04/14/03 ولغاية اليوم حتى نستبدله.

لنا الحق أن نغير ممارسات الخصوصية والشروط الخاصة بهذا الاشعار في اي وقت شريطة أن تكون التغييرات مسموح بها من قبل القانون. لنا الحق بأن نغير من ممارسات الخصوصية والشروط الجديدة للاشعار لكل المعلومات الصحية التي نحتفظ بها بما فيها المعلومات الصحية التي انشأناها أو حصلنا عليها قبل التغييرات. قبل أن نعمل تغيير ملحوظ في ممارسات الاشعار الخاصة بنا، سوف نغير هذا الاشعار ونجعله متوفر حال الطلب. يمكنك طلب نسخة من الاشعار في اي وقت. لمزيد من المعلومات حول ممارسات الاشعار هذه أو للحصول على مزيد من النسخ يرجى الاتصال باستخدام المعلومات الموجودة في آخر هذا الاشعار

استخدام ونشر المعلومات الصحية

نستخدم المعلومات الصحية عنك من أجل العلاج والدفع والعمليات الخاصة بالعناية الصحية. مثل: العلاج: قد نستخدم وننشر معلوماتك الصحية لطبيب أو ممرض المدرسة أو أي مزود خدمة يقدم لك خدماته.

الدفع: نستخدم معلوماتك الصحية من أجل أن تدفع لنا مقابل الخدمات التي نقدمها لك

عمليات العناية الصحية: نستخدم معلوماتك الصحية لتقييم الجودة وأنشطة التحسين ومراجعة الكفاءة ومؤشرات المهنيين العاملين في الصحة وتقييم أداء الممارس الصحي ومزود الصحة وعقد برامج تدريبات والاعتمادات والترخيص أو أنشطة إصدار الاعتمادات

التفويض: بالإضافة لاستخدام معلوماتك الصحية في العلاج والدفع والعمليات الخاصة بالعناية الصحية فإنك نستطيعنا تفويض مكتوب لاستخدام معلوماتك الصحية أو أن نفصح عنها لأي شخص آخر أو لحد الضروري الذي سيساعدنا في الاهتمام بك أو للقيام بدفع المال المترتب عن الخدمة الصحية المقدمة، فقط إذا قدمت لنا موافقتك على القيام بهذا. يمكنك الغاؤه بشكل مكتوب في أي وقت وهذا الالغاء لن يؤثر على الاستخدام أو الافصاح المسموح به قبل التفويض حينما كان ساري المفعول. لن نستخدم أو نفصح عن معلوماتك الصحية لأي سبب إلا ما تم وصفه بهذا الاشعار طالما وأنك منحنا تفويض مكتوب.

لعائلتك وأصدقائك: يجب أن نفصح عن معلوماتك الصحية لك أنت كما هو موصوف في قسم حقوق المريض من هذا الاشعار. كما يمكننا الافصاح عنها لفرد من عائلتك أو صديق أو شخص آخر أو لحد الضروري الذي سيساعدنا في الاهتمام بك أو للقيام بدفع المال المترتب عن الخدمة الصحية المقدمة، فقط إذا قدمت لنا موافقتك على القيام بهذا. **الأشخاص المتورطون في الصحة:** يجب ان نفصح عن معلوماتك الصحية لاشعار أو المساعدة في إشعار (التعرف على ومعرفة مكان) فرد من عائلتك أو من يمتلك أو شخص مسؤول عنك واعلامه بمكانك والحالة العامة أو الوفاة. إذا أنت حاضر فإنه وقبل الافصاح عن المعلومات الصحية سوف نوفر لك الفرصة للاعتراض على هذه الاستخدامات. نستخدم أقصى درجات المهنية والخبرة في تحديد ما إذا كان ضروري الافصاح عن المعلومات في الحالات الطارئة واخذ الأدوية والأدوات الصحية والأشعة السينية وغيرها.

تسويق الخدمات الطبية ومتعلقاتها: لن نستخدم معلوماتك الصحية للأغراض التسويقية دون إذن مسبق منك القانون ملزم: يلزمنا القانون باستخدام معلوماتك الطبية حينما نكون ملزمين بذلك

سوء الاستخدام أو الإهمال: ننشر معلوماتك الصحية للجهات المختصة إذا اعتقدنا أنك ضحية سوء معاملة أو إهمال أو عنف أو ضحية جرائم محتملة. ننشر معلوماتك الصحية للحد الذي ندفع فيه الخطر عن صحتك، من أجل سلامتك أو سلامة الآخرين.

الامن الوطني: قد ننشر المعلومات الصحية لسلطات الجيش بالنسبة لأولئك المنتسبين للقوات المسلحة تحت ظروف محددة كما قد ننشرها لمسؤولين في السلطات الفيدرالية، كما هو ملزم بالقانون من أجل الاستخبارات القانونية أو مقاومة الاستخبارات وأي أنشطة متعلقة بالامن القومي. قد ننشر معلومات سجين لمؤسسة تصحيحية أو مسؤول في ضبط القانون أو مريض تحت ظروف محددة **تذكير بالمواعيد:** قد ننشر معلوماتك الصحية لتزويدك بخدمة التذكير بالمواعيد (رسائل صوتية وبطاقات ورقية ورسائل)

حقوق الأيوين

الوصول: لك الحق بالنظر والحصول على نسخ من معلوماتك الصحية ولكن هناك استثناءات محدودة. يمكنك طلب ان تزودك بنسخات مصورة. وسنزودها لك بالطريقة التي طلبتها إلا إذا لم تتمكن من ذلك. يجب عليك عمل طلب مكتوب للوصول إلى معلوماتك الصحية عن طريق رسالة مكتوبة إلى العنوان الموجود اسفل هذا **نشر الحسابات لك الحق بالحصول على قائمة قمننا نحن أو شركائنا بنشر معلوماتك الصحية لعدة أغراض عدا العلاج أو الدفع أو العمليات الصحية وأنشطة أخرى لمدة 6 سنوات ولكن ليس قبل 14 ابريل 2003. إذا طلبت هذا الحساب أكثر من مرة في السنة، فإنك قد تدفع تكاليف معقولة مقابل هذه الطلبات الإضافية**

القيود: لك الحق بأن تطلب أن نضع قيود اضافية على استخدام ونشر معلوماتك الصحية. لسنا موافقين على القيود الإضافية ولكن إذا وافقتا سوف نلتزم باتفاقنا معك (عدا في الحالات الطارئة).

التواصل البديل: لك الحق أن تطلب أن نتواصل معك حول معلوماتك الصحية بالطرق البديلة أو الأماكن البديلة (يجب عمل الطلب بشكل مكتوب). يجب أن يحدد طلبك الطرق البديلة أو المكان البديل وتوفير التوضيح المقنع عن كيفية الدفع وفقاً للطرق والأماكن البديلة حسب طلبك.

التعديل: لك الحق أن تطلب منا أن نعدل معلوماتك الصحية. (قدم طلبك بشكل مكتوب وأشرح سبب تعديل المعلومات الصحية). قد نرفض طلبك للتعديل وفقاً للظروف.

الاشعار الإلكتروني: إذا تلقيت هذا الاشعار على الانترنت أو البريد الإلكتروني فلك الحق ان تتلقى نسخة مكتوبة منه الاستفسارات والشكاوي: إذا لديك معلومات حول ممارسات الخصوصية أو أسئلة أو استفسارات يرجى الاتصال بنا. إذا كنت تشك اننا انتهكنا حقوقك الخاصة أو لا نتفق معنا حول الوصول الى معلوماتك أو رد على طلب تعديل أو لرفض قيود على استخدام ونشر معلوماتك أو للتواصل معك حول الطرق والأماكن البديلة فإنه بإمكانك ان تشككي البينا عبر معلومات الاتصال اسفل هذا. يمكنك تقديم شكوى مكتوبة الى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية. سنوفر لك العنوان لرفع شكواك الى الوزارة حال الطلب.

ندعم حقك بالخصوصية لمعلوماتك. لن ننقم منك بأي طريقة إذا قررت رفع شكوى البينا أو الى الوزارة.

ضابط الاتصال: **HIPAA OFFICER**

هاتف: **877-227-9892** فاكس **800-967-2147**

ايميل: **Info@bigsmilesdental.org**

العنوان: **6543 Topanga Cyn Blvd Canoga Park, CA 91303-2622**

Northern California Breathmobile®

Providing FREE Asthma treatment & education to children at schools and child care centers in Oakland, Emeryville, San Leandro, San Pablo, Richmond, San Francisco, and Alameda.



Does Your Child Have Asthma? We Can Help!

What is the Breathmobile®?

The Breathmobile® is an "asthma clinic on wheels" with asthma doctors, nurses, and respiratory therapists. The clinic will see your child every 4-6 weeks.

We provide the following services:

- Histories and physicals
 - Pulmonary testing
- Skin testing for allergens
 - Treatment
- Education and case management

There is no charge for our services!!

A parent or guardian must be present for the appointments.

For more information or to schedule an appointment, please contact Keiko in the Breathmobile® office: 510-763-1880.



The Breathmobile® is a project of the **Prescott-Joseph Center for Community Enhancement, Inc.** The Breathmobile® is sponsored by the Asthma and Allergy Foundation of America, Bay Area Air Quality Management District, Port of Oakland, Philanthropic Ventures Foundation and others.

EPLS

Excluded Parties List System

**Search Results Excluded By
Firm, Entity, or Vessel : Big Smiles Dental
as of 21-Sep-2012 4:07 PM EDT**

Your search returned no results.

PROFESSIONAL SERVICES CONTRACT ROUTING FORM 2012-2013

Basic Directions

Additional directions and related documents are in the School Operations Library (<http://intranet.ousd.k12.ca.us>)

Services cannot be provided until the contract is fully approved and a Purchase Order has been issued.

- Contractor and OUSD contract originator (principal or manager) reach agreement about scope of work and compensation.
- Ensure contractor meets the consultant requirements (including The Excluded Party List, Insurance and HRSS Consultant Verification)
- Contractor and OUSD contract originator complete the contract packet together and attach required attachments.
- Within 2 weeks of creating the requisition the OUSD contract originator submits **complete** contract packet for approval to Procurement.

Attachment Checklist	<input type="checkbox"/> For individual consultants: HRSS Pre-Consultant Screening Letter for the current fiscal year.
	<input type="checkbox"/> For individual consultants: Proof of negative tuberculosis status within past 4 years.
	<input checked="" type="checkbox"/> For All Consultants: Results page of the Excluded Party List (https://www.epls.gov/epls/search.do)
	<input checked="" type="checkbox"/> For All Consultants: Statement of qualifications (organization); or resume (individual consultant).
	<input checked="" type="checkbox"/> For All Consultants: Proof of Commercial General Liability insurance naming OUSD as an Additional Insured.
	<input checked="" type="checkbox"/> For All Consultants with employees: Proof of Workers' Compensation Insurance. (Ref. to Section 10 of the Contract)

OUSD Staff Contact Emails about this contract should be sent to: (required) barbara.parker@ousd.k12.ca.us

Contractor Information

Contractor Name	Elliot P. Schlang DDS, PC dba Big Smiles Dental	Agency's Contact	Allen Hersh				
OUSD Vendor ID #	1005099	Title	Vice President				
Street Address	240 18th Street	City	San Monica	State	CA	Zip	90402
Telephone	(877) 227-9892 x1112	Email (required)	ahersh@reachoutthehealthcare.com				
Contractor History	Previously been an OUSD contractor? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Worked as an OUSD employee? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No				

Compensation and Terms – Must be within the OUSD Billing Guidelines

Anticipated start date	09/01/2012	Date work will end	06/30/2013	Other Expenses	\$
Pay Rate Per Hour (required)	\$	Number of Hours (required)			

Budget Information

If you are planning to multi-fund a contract using LEP funds, please contact the State and Federal Office before completing requisition.

Resource #	Resource Name	Org Key	Object Code	Amount
	No Fiscal Impact		5825	\$
			5825	\$
			5825	\$
Requisition No. (required)	N/A		Total Contract Amount	\$ 0.00

Approval and Routing (in order of approval steps)

Services cannot be provided before the contract is fully approved and a Purchase Order is issued. Signing this document affirms that to your knowledge services were not provided before a PO was issued.

OUSD Administrator verifies that this vendor does not appear on the Excluded Parties List (<https://www.epls.gov/epls/search.do>)

1.	Administrator / Manager (Originator)	Name	Barbara Parker	Phone	(510) 874-3750
	Site / Department	968/ Health Services		Fax	(510) 874-3748
	Signature	<i>Barbara Parker</i>		Date Approved	9/15/12
2.	Resource Manager, if using funds managed by: <input type="checkbox"/> State and Federal <input type="checkbox"/> Quality, Community, School Development <input type="checkbox"/> Family, Schools, and Community Partnerships				
	<input type="checkbox"/> Scope of work indicates compliant use of restricted resource and is in alignment with school site plan (SPSA)				
	Signature	<i>John</i>		Date Approved	9/21/12
	Signature (if using multiple restricted resources)			Date Approved	
3.	Regional Executive Officer				
	<input type="checkbox"/> Services described in the scope of work align with needs of department or school site				
	<input type="checkbox"/> Consultant is qualified to provide services described in the scope of work				
	Signature	<i>Christine Hark</i>		Date Approved	9/21/2012
4.	Deputy Superintendent Instructional Leadership / Deputy Superintendent Business Operations				Consultant Aggregate Under <input type="checkbox"/> , Over <input type="checkbox"/> \$50,000
	Signature	<i>Maria Denton</i>		Date Approved	9-21-2012
5.	Superintendent, Board of Education Signature on the legal contract				
Legal	Required if not using standard contract	Approved		Denied - Reason	
Procurement	Date Received			PO Number	

