



DENTAL VAN HEALTH SERVICES
STUDENT INFORMATION & CONSENT

DENTAL VAN HEALTH SERVICES — Please complete and return to the school health room

Student's Name: Date of Birth: Male Female
School: Grade:

DENTAL HEALTH CARE SERVICES:

- YES, I consent for my child to receive DENTAL SERVICES on the Star Wellness mobile van, which may include dental examinations, x-rays, cleanings, sealants, fillings and tooth removal is necessary.
NO, I do not wish for my child to receive dental services on the Star Wellness dental van.

MEDIA CONSENT:

- YES, I hereby consent for Star Wellness and its affiliates to take photographs, interview, or make video and/or audio recordings of my child.
NO, I do not wish for my child to be photographed, videotaped and/or interviewed by Star Wellness.

Student Information Dental Van Health Services

Name of Parent/Guardian: Relationship to Child:
Address: Street Number City State Zip Code
Home Phone: Cell Phone: Work Phone:
Emergency Contact Person: Other than Parent / Legal Guardian Phone Number:

An annual Medical History form must be updated yearly on your child in order to continue receiving care on the dental van. Students with expired medical histories will not be scheduled for dental services.

Medical Doctor or Clinic: Office Location:
Preferred Pharmacy: Pharmacy Phone Number:

Dental Insurance Information (please complete as much as you know):

Name of Insurance:
Policy Number: Group Number:
Does your child currently receive dental care at another dentist besides Star Wellness? Yes No

YOUR CHILD MAY NOT USE THE DENTAL VAN IF THEY HAVE SEEN A PRIVATE DENTIST WITHIN THE PAST 6 MONTHS.

Date of last dental visit at provider other than Star Wellness:

This consent will be in effect until the student graduates or ceases to be enrolled at the student's present school district or until this consent is revoked by the parent/legal guardian by sending a written notification to the student's school nurse.

By signing this consent, I agree to the terms and conditions regarding the PAYMENT FOR SERVICES and SHARING of HEALTH INFORMATION as explained in the accompanying PROGRAM DESCRIPTION pages. I have received the Notice of Privacy Practices, which is included. I understand that signing this consent form is not a guarantee my child will be scheduled for treatment within a certain time frame.

X Parent/Guardian Signature Date Time Parent/Guardian's Printed Name
Student's Signature (If 18 or older) Date Time Student's Printed Name





Child's Name

Signature of Parent or Guardian

Date

Printed Name of Parent or Guardian and his or her relationship to child

X

- 1. Authorization to Disclose.** I authorize Star Wellness and its affiliates to use and disclose health information about my child obtained by Star Wellness in providing health services to my child. The purposes of such uses and disclosures would be for communicating with my child's school and its employees and agents, including the guidance counselors and school nurse, as Star Wellness and the school determine is in my child's interests.
- 2. Refusal to Sign.** I understand that I may refuse to sign this authorization. Star Wellness may not refuse to treat my child based on my refusal to sign this authorization.
- 3. Expiration of Authorization.** This Authorization shall be in force and effect until my child graduates or ceases to be enrolled at his/her present school, at which time this Authorization expires. Once this Authorization has expired, Star Wellness may no longer use or disclose my child's health information for the purposes listed in this Authorization unless I sign a new Authorization. However, materials that were created prior to the expiration of this Authorization may continue to be used or disclosed for the purposes listed in this Authorization.
- 4. Revocation of Authorization.** I understand that I have the right to revoke this Authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my Authorization. If I wish to revoke this Authorization, I will send a written request to: Star Wellness, 511 East 3rd Street, Suite 301, Bethlehem, PA, 18015, Attention: Dental Program Director.
- 5. Further Disclosure.** I understand that information used or disclosed pursuant to this Authorization may be further reproduced, copied or disclosed by those who receive or view the information, and the laws governing patient privacy may no longer protect the information.

### HIPAA PRIVACY AUTHORIZATION & MEDIA RELEASE FORM

- Does your child have or had any of these problems? (Please check all that apply)
 

<input type="checkbox"/> Learning Disabilities	<input type="checkbox"/> Pregnancy	<input type="checkbox"/> Heart Condition	<input type="checkbox"/> Liver Disease
<input type="checkbox"/> Mononucleosis (mono)	<input type="checkbox"/> Sinus Trouble	<input type="checkbox"/> Heart Murmur	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> Heart Valve Prolapse	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B or C)	<input type="checkbox"/> Ulcers	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Bleeding problems
<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/> Kidney Disease	<input type="checkbox"/> Asthma or wheezing
<input type="checkbox"/> Other Conditions:	<input type="checkbox"/> Behavioral Problems	<input type="checkbox"/> Eye Problems	<input type="checkbox"/> Autism
	<input type="checkbox"/> Hearing Impaired	<input type="checkbox"/> Psychiatric Problems	<input type="checkbox"/> ADHD
- Does your child currently take any medications?  Yes  No  
If yes, list names of medications: \_\_\_\_\_
- Has your child had any operations, serious injuries or hospitalizations?  Yes  No  
If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Is your child allergic to any medications including penicillin?  Yes  No  
If yes, please list: \_\_\_\_\_
- Does your child have any allergies including nuts, food and seasonal?  Yes  No  
If yes, please list: \_\_\_\_\_

Child's Medical Information (please answer all questions):

DENTAL VAN HEALTH SERVICES  
MEDICAL HISTORY FORM &  
HIPAA PRIVACY AUTHORIZATION





SERVICIOS DE SALUD DENTAL VAN
INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE

SERVICIOS MÓVILES DE SALUD DENTAL — Complete y envíe a la sala de salud de la escuela

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: Masculino Femenino
Escuela: Grado:

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DENTAL:

SI, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba SERVICIOS DENTALES en la furgoneta móvil de Star Wellness, estos pueden incluir exámenes dentales, radiografías, limpiezas, selladores, empastes y extracción de dientes, si es necesario.
NO, no deseo que mi hijo reciba servicios dentales en la furgoneta de servicios dentales de Star Wellness.

CONSENTIMIENTO PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

SI, por el presente doy mi consentimiento para que Star Wellness y sus filiales tomen fotografías, entrevisten o realicen grabaciones de audio o video de mi hijo.
NO, no deseo que Star Wellness tome fotografías, videograbado o entreviste a mi hijo.

Información del estudiante Servicios móviles de salud dental

Nombre del padre/tutor: Relación con el niño:
Dirección: Número de calle Ciudad Estado Código postal
Teléfono particular: Teléfono celular: Teléfono del trabajo:
Persona de contacto para casos de emergencia: Número de teléfono:
(Que no sea el padre/tutor legal)

Todos los años, se debe actualizar un formulario anual del historial médico de su hijo para que pueda seguir recibiendo atención en la furgoneta de servicios dentales. No se programarán servicios dentales para los estudiantes con historiales médicos vencidos.

Médico o clínica: Ubicación del consultorio:
Farmacia preferida: Número de teléfono de la farmacia:

Información del seguro dental (complete toda la información que conozca):

Nombre del seguro:
Número de póliza: Número de grupo:
¿Su hijo actualmente recibe atención dental de otro dentista además de los servicios de Star Wellness? SI NO

SU HIJO NO PUEDE USAR LA FURGONETA DE SERVICIOS DENTALES SI LO HA ATENDIDO UN DENTISTA PRIVADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

Fecha de la última consulta dental a un proveedor distinto de Star Wellness:

Este consentimiento estará en vigencia hasta que el estudiante se gradúe o deje de estar inscrito en el actual distrito escolar del estudiante o hasta que este consentimiento sea revocado por el padre/tutor legal a través del envío de una notificación por escrito al personal de enfermería de la escuela del estudiante.

Al firmar este consentimiento, acepto los términos y las condiciones con respecto al PAGO DE LOS SERVICIOS y LA PROVISIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD, según se explica en las páginas de la DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA adjuntas. He recibido el Aviso de las prácticas de privacidad, el cual se incluye. Entiendo que firmar este formulario de consentimiento no garantiza la programación del tratamiento de mi hijo dentro de un plazo determinado.

X Firma del padre/tutor Fecha Hora Nombre en letra de imprenta del padre/tutor
Firma del estudiante (si es mayor de 18 años) Fecha Hora Nombre en letra de imprenta del estudiante





El nombre del niño

Firma del padre o tutor

Fecha

Hora

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor

y su relación con el niño

X

- 1. Autorización de divulgación.** Autorizo a Star Wellness y a sus filiales a utilizar y divulgar la información de salud sobre mi hijo obtenida por Star Wellness durante la prestación de servicios de salud a mi hijo. El propósito de dichos usos y divulgaciones sería la comunicación con la escuela de mi hijo y sus empleados y agentes, incluidos los consejeros y el personal de enfermería de la escuela, conforme Star Wellness y la escuela determinen que es lo más conveniente para mi hijo.
- 2. Negativa a firmar.** Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización. Star Wellness no puede negarse a brindar tratamiento a mi hijo sobre la base de mi negativa a firmar esta Autorización.
- 3. Vencimiento de la Autorización.** Esta Autorización tendrá plena validez y efecto hasta que mi hijo se gradúe o deje de estar inscrito en su actual escuela, en ese momento caducará esta Autorización. Una vez que esta Autorización caduque, Star Wellness ya no podrá usar ni divulgar la información de salud de mi hijo para los fines enumerados en esta Autorización, salvo que yo firme una nueva Autorización. Sin embargo, los materiales que se crearon antes del vencimiento de esta Autorización se podrán seguir utilizando o divulgando para los fines enumerados en esta Autorización.
- 4. Revocación de la Autorización.** Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no tiene validez en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado en virtud de mi Autorización. Si deseo revocar esta Autorización, enviaré una solicitud por escrito a: Star Wellness, 511 East 3rd Street, Suite 301, Bethlehem, PA, 18015, Attention: Dental Program Director.
- 5. Divulgación posterior.** Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede ser reproducida, copiada o divulgada posteriormente por aquellas personas que reciben o ven la información, y que es posible que las leyes que rigen la privacidad del paciente ya no puedan proteger la información.

**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA (LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD)**

5. ¿Su hijo tiene o tuvo alguno de estos problemas? (Marque todas las respuestas que correspondan)
- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazo                     | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis                                      | <input type="checkbox"/> Discapacidades de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Autismo              |
| <input type="checkbox"/> Afección Cardíaca            | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis                                      | <input type="checkbox"/> Mononucleosis (mono)          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)    |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco               | <input type="checkbox"/> Prórapsos de la Válvula Mitral                              | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular     | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B o C) |
| <input type="checkbox"/> Asma o respiración sibilante | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta                                       | <input type="checkbox"/> Úlceras                       | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA             |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado        | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal  | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática              | <input type="checkbox"/> Otras Afecciones:    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Problemas Oculares  | <input type="checkbox"/> Problemas de Conducta         |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiátricos                                     | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva         |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática          | <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) |  |   |

1. ¿Su hijo/a es alérgico a algún medicamento, incluida la penicilina?  SI  NO  
Si la respuesta es sí, indique cuáles: \_\_\_\_\_
2. ¿Su hijo/a tiene alguna alergia, lo que incluye alergia a los frutos secos, a algún alimento o alergias estacionales?  SI  NO  
Si la respuesta es sí, indique cuáles: \_\_\_\_\_
3. ¿Su hijo toma algún medicamento actualmente?  SI  NO  
Si la respuesta es sí, indique cuáles: \_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo ha tenido alguna operación, lesión grave u hospitalización?  SI  NO  
Si la respuesta es sí, indique cuáles: \_\_\_\_\_
5. ¿Su hijo tiene o tuvo alguno de estos problemas? (Marque todas las respuestas que correspondan)

Información médica del niño (responda todas las preguntas):

**SERVICIOS DE SALUD DENTAL VAN**  
FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO Y AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD HIPAA

