PROGRAM ADVANTAGES

- No need to take time from work or for kids to miss school.
- One more thing off your to-do list!
- Covered by insurance or grant.

Ventajas del programa

- *No es necesario tomar tiempo del trabajo o que los niños falten a la escuela.*
- *¡Quita una cosa más de su lista de tareas pendientes!*
- *Cubierto por seguro o fondos de subvención.*

Self-Pay Patients:

Private funds are available for self-pay patients' Smile Builder charges. Once private funding runs out, in compliance with federal regulation, StayWell has a sliding fee discount program for self-pay patients. The discount determination is based on household size and income. After review, we can inform you if a discount is applicable. No discounts will be applied without proper documentation. Advance notification of 45 days if/when funding runs out will be provided.

Pacientes que pagan por cuenta propia:

Los fondos privados están disponibles para los cargos de Smile Builder de pacientes que pagan por cuenta propia. Una vez que se agota la financiación privada, de conformidad con la regulación federal, StayWell tiene un programa de descuento de tarifa móvil para pacientes que pagan por cuenta propia. La determinación del descuento se basa en el tamaño del hogar y los ingresos. Después de la revisión, podemos informarle si se aplica un descuento. No se aplicarán descuentos sin la documentación adecuada. Se proporcionará una notificación anticipada de 45 días si/cuando se agote la financiación.

What to Expect:

Registered dental hygienists from StayWell bring equipment to Waterbury schools and provide preventive dental services for students. A cleaning will be done and a report sent home with the student. Hygienists will come back and apply sealants for students who need them. A Care Coordinator will reach out to make sure the recommendations and next steps are understood and to assist further.

Los higienistas dentales registrados de StayWell traen equipos a las escuelas de Waterbury y brindan servicios dentales preventivos para los estudiantes. Se hará una limpieza y se enviará un informe a casa con el estudiante. Los higienistas regresarán y aplicarán selladores para los estudiantes que los necesiten. Un coordinador de atención se comunicará para asegurarse de que se entiendan las recomendaciones y los próximos pasos y para ayudar más.

- Call with questions
- *Llamar con preguntas*
- *Telefononi me pyetje*

203-756-8021 ext. 3505

It is recommended that dental cleanings are done every 6 months.

Se recomienda realizar limpiezas dentales cada 6 meses.

Dental sealants are applied to back teeth as a protective shield that blocks out germs and food. Sealants protect tooth surfaces from cavities for 2-4 years.

Los selladores dentales se aplican a los dientes posteriores como un escudo protector que bloquea los gérmenes y los alimentos. Los selladores protegen las superficies de los dientes de las caries durante 2 a 4 años.

Please complete the registration form inside and return to the school nurse.

Complete el formulario de registro que se encuentra dentro y devuélvalo a la enfermera de la escula.

Formularët shqip i gjeni në zyrën e infermierit.

Smile Builders

Constructoras de sonrisas

Coming to your school soon!

Próximamente en tu escuela!

Visit us at www.staywellhealth.org

StayWell Health Center

Growing a healthier community one person at a time.

Dear Parent/Guardian: The school-linked dental program can provide the following services in your child's school, during school hours: a cleaning, visual screening exam, fluoride treatment / sealants. If you wish your child to receive dental treatment at school, please answer all the questions and sign the form.

Please return this form to the school.

Child's Name _____ School Name _____ Grade _____ DOB _____ Child's Social Security # _____ Gender _____
Home Address _____ Zip _____ Preferred Language _____ Hispanic/ Latino ___ Yes ___ No
Email address _____ Child's Race: ___White ___ Black ___ Asian ___ Native American ____ Unreported/Refuse to Report ___ Other
Child's Housing is best described as ____ Living in housing that is owned or rented (Not homeless) ___ Staying with friends/family ___ Living in a shelter or motel ___ Living on the street
How many people live in your household? _____ What is the total income for your household? _____ Circle Weekly/Monthly/Yearly ___ I decline to report

Parent /Guardian Name _____ Home Phone# _____ Cell # _____ Parent/Guardian DOB _____
Emergency Contact _____ Relationship to Patient _____ Emergency Contact Phone # _____ Does your child have insurance? _____ Yes/No
Child's Medical Insurance Plan _____ Child's Insurance I.D. # _____ Group # _____ Policy Holder Name _____Policy Holder DOB _____
Child's Dental Insurance Plan _____ Child's Insurance I.D. # _____ Group # _____ Policy Holder Name _____ Policy Holder DOB _____
Child's Secondary Dental Insurance Plan _____ Child's Insurance I.D. # _____ Group # _____ Policy Holder Name _____ Policy Holder DOB _____

Medical History

List of child's medical problems _____Allergies _____
List of child's current medications _____

Estimado Padre/Tutor: El Programa dental vinculados con la escuela puede ofréceles los siguientes servicios en la escuela de su hijo, durante las horas de clase: una limpieza, examen de detección visual, tratamiento fluoruro/selladores. Si desea que su hijo recibael tratamiento dental en la escuela, por favor respondaa todas las preguntas y firmar el formulario.

Por favor, devuelvaeste formula- rio a la escuela.

Nombre del niño _____ Nombre de la Escuela _____ El Grado _____ Fecha de Nacimiento _____# de seguridad social del niño_____
Dirección _____ Código postal _____ Sexo _____ Hispano/Latino ___Sí ___ No
Idioma preferido _____ Direccion de correo electronico _____ Raza del Nino ___Blanco ___ Negro ___ Asiatico___ Nativo Americano ____ No declaro/Negarse a Reportar ___ Otro
la vivienda de los niños se describe mejor como ____ vivir en una vivienda propia o alquilada (no sin hogar) ___ Quedarse con amigos / familia ___ viviendo en un refugio o motel ___viviendo en la calle
¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ ¿Cuál es el ingreso total de su hogar? _____ Círculo Semanal/Mensual/Anual ___ No declaro/Negarse a Reportar

Nombre del Padre/Tutor _____# Teléfono de la casa_____ # De Celular _____ Fecha de nacimiento del padre/tutor _____
En caso de emergencia _____ Relación con el paciente _____ # Contacto de emergencia _____ ¿Su hijo tiene seguro? _____ Sí/No

Plan de seguro medico del niño _____ # ID del seguro _____ # Grupo _____ Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____
Plan de seguro Dental del niño_____ # ID del seguro _____ # Grupo _____ Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____
Plan de seguro dental secundario del niño_____ # ID del seguro _____ # Grupo _____ Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

Historia Médica

Lista de problemas médicos del niño _____Alergias _____
Lista de los medicamentos actuales del niño_____

Permission for Treatment and HIPAA Acknowledgment: I give permission for StayWell Health Care Inc., to perform all treatments including Cleanings, Visual Screenings, Fluoride treatment & Sealants, as needed while they are enrolled in a school serviced by StayWell's Smile Builder Program. I give permission to obtain/release information regarding treatment and/or services to insurance providers and the school nurse. I understand that all information provided by me will be protected by the HIPAA laws and a copy of these laws can be requested by me. In addition, I recognize that the health records, once reviewed by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy rule, but will become a part of the student's educational records protected by the Family Educational Rights and Privacy Act. I understand that the authorization of the exchange of information can be revoked and the withdrawal of my consent must be in writing.
I understand that it's my responsibility to notify StayWell if there are any changes in my child's insurance, medical information, living situation, phone numbers, etc. If an updated form is not received the clinician will use the latest health information on file on which to base treatment. This consent form is valid as long as your child attends the Waterbury/Naugatuck public schools. If you wish for your child to stop receiving preventative dental services you may do so in writing or by contacting StayWell Health Center at 203-756-8021, Ext. 3505.
Acknowledgment of Notice of Privacy Practices: I acknowledge that I received a copy of StayWell's Notice of Privacy Practices and Patient Rights & Responsibilities policy.

I certify that the above information is true and correct

Permiso para el tratamiento y reconocimiento de HIPAA: Doy permiso para que StayWell Health Care Inc., realice todos los tratamientos, incluidas limpiezas, exámenes visuales, tratamiento con fluoruro y selladores, según sea necesario mientras están inscritos en una escuela atendida por el Programa Smile Builder de StayWell. Doy permiso para obtener / divulgar información sobre el tratamiento y / o servicios a los proveedores de seguros y a la enfermera de la escuela. Entiendo que toda la información proporcionada por mí estará protegida por las leyes HIPAA y una copia de estas leyes puede ser solicitada por mí. Además, reconozco que los registros de salud, una vez revisados por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la regla de privacidad de HIPAA, pero se convertirán en parte de los registros educativos del estudiante protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia. Entiendo que la autorización del intercambio de información puede ser revocada y la retirada de mi consentimiento debe ser por escrito.
Entiendo que es mi responsabilidad notificar a StayWell si hay algún cambio en el seguro de mi hijo, información médica, situación de vida, números de teléfono, etc. Si no se recibe un formulario actualizado, el médico utilizará la información de salud más reciente en el archivo en la que basar el tratamiento. Este formulario de consentimiento es válido siempre y cuando su hijo asista a las escuelas públicas de Waterbury/Naugatuck. Si desea que su hijo deje de recibir servicios dentales preventivos, puede hacerlo por escrito o comunicándose con StayWell Health Center al 203-756-8021, Ext. 3505.
Reconocimiento del Aviso de prácticas de privacidad: Reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad y la política de derechos y responsabilidades del paciente de StayWell.

Signature of Parent/Guardian/Firma de Padre: **Date/Fecha:**