

Free Dental Care for Your Child Right at School

Dear Parent or Guardian,

We're excited to share that your school has teamed up with UMMA Health to bring dental services directly to your child—no appointment scheduling or office visits required. Enrollment is simple: return this packet or scan the QR code below to get started.

All families are welcome! There is no cost or payment required by the parent/guardian. If your family has insurance, you will need to provide your insurance information, and if your family is uninsured, we will provide the care at no cost to you. If interested in signing up for insurance, please fill out the last page.

Enroll today

Complete the permission form or scan the QR code

Hassle-Free and Comfortable

We know your time is valuable. Our on-site dental team consists of licensed dental professionals who provide a calm, familiar setting where kids feel at ease. Each visit can include a full dental exam, X-rays, cleaning, fluoride treatment, and sealants. If further treatment is needed, your child can receive follow-up care at one of our South LA dental locations.

A Healthy Mouth Supports a Healthy Life

Routine dental care helps protect your child from:

- Tooth loss due to decay
- Gum disease
- Increased risk of heart disease
- Delays in speech and language development

Dental health is a key piece of your child's overall well-being. We're making it easier than ever to stay on top of it.

UMMA HEALTH
Wellness • Care • Community
INSPIRED BY ISLAM

The Dentist Is Coming to School!

Get in-school dental care at no cost to you.

Sign Up Online!
Scan the QR code with your phone

Taking care of your child's teeth is important to keeping them healthy.

EASY & CONVENIENT- UMMA Health will regularly check your child's mouth and teeth. They will also provide a cleaning, necessary X-rays, fluoride treatment, and sealants, as needed. A dental report card will be sent home with your child. **SIGN AND RETURN TO YOUR SCHOOL TODAY!** You will also receive a call from our Dental Coordinator to discuss our findings.

PLEASE COMPLETE

Child's legal name		Date of birth	☐ Male ☐ Female
Address	City	State	Zip code
School	Teacher		Grade
Parent/guardian name		Phone ( )	
Email		Alt phone ( )	
Emergency contact name (If different from above)	Phone ( )	Relationship to child	
Preferred contact method ☐ Phone call ☐ Text message ☐ Email ☐ Do not leave messages			

Household Income Information: We collect household income and family size from all patients. Patients will not be denied services on income or ability to pay. Total number of persons in your household: _____

Estimated Family Household Income: $_____ per ☐ Year ☐ Month ☐ Bi-Week ☐ Week

Language & Interpreter Services: Does the child need free interpreter services? ☐ Yes ☐ No

Primary Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____

Housing Status: Where does your child currently live? ☐ In a home ☐ At a shelter ☐ Staying with others ☐ The street, a camp, under a bridge, or in a car ☐ In transitional housing ☐ Choose not to disclose

Race & Ethnicity: ☐ Hispanic/Latino ☐ Non-Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ American Indian (North, South, and Central America) ☐ White ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ Choose not to disclose

IF CHILD HAS MEDI-CAL (also known as Medi-Cal Dental (Denti-Cal) or Medicaid)

IMPORTANT: IF YOU HAVE MEDI-CAL, WE MUST HAVE YOUR ID NUMBER IN ORDER FOR THE DENTIST TO SEE YOUR CHILD.

Enter child's BIC ID Number here: → **ID number** 9 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

OR Child's Social Security Number (if available) ☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE, PLEASE FILL OUT THE LAST PAGE, THE CHILDREN'S PRESUMPTIVE ELIGIBILITY PRE-ENROLLMENT WORKSHEET FORM

Additional Questions and Required Signature on Following Page →

Questions: (323) 789-5610, #4

IMPORTANT HEALTH QUESTIONS

DOES YOUR CHILD HAVE ANY PAST OR PRESENT MEDICAL CONDITIONS, DISABILITIES, BEHAVIOR OR OTHER PROBLEMS? PLEASE CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD AND EXPLAIN IN THE SPACE PROVIDED. ATTACH ADDITIONAL INFORMATION TO THIS FORM AS NEEDED. IF NO CONDITIONS APPLY, LEAVE BLANK.

☐ **Bones and Joints:** Joint (ex. hip, knee, elbow, finger) replacement, Osteoporosis or Paget disease, Bisphosphonates medications (ex. Fosomax, Boniva, Actonel, Didronel, Aredia, Zometa, Bonefos)

☐ **Heart Health:** Artificial (prosthetic) heart valve, Infective endocarditis, Transplanted heart/Abnormal valve, Congenital heart disease (CHD), Angina or Chest pain, Arteriosclerosis or High cholesterol, Congestive heart failure, Coronary artery blockage or treatment (bypass, stent, etc.), Damaged heart valves, Heart attack, Heart disease or treatment, Heart murmur, High or Low blood pressure, Pacemaker/Implanted defibrillator, Rheumatic heart disease, Stroke

☐ **Breathing (Respiratory) Health:** Asthma, Bronchitis or Emphysema, Tuberculosis

☐ **Cancer:** Cancer, Chemotherapy, Radiation

☐ **Blood Health:** Anemia, Abnormal bleeding or bruising, Hemophilia or Sickle Cell Disease

☐ **Brain (Neurological)/Mental Health:** Anxiety, Depression, Counseling or Psychological treatment, Epilepsy or Seizures

☐ **Autoimmune Disease/Immune Health:** Autoimmune disease (Lupus, Rheumatoid Arthritis, Multiple Sclerosis), Immune deficiency, Organ transplant, HIV or AIDS

☐ **Digestive Health:** Acid reflux (GERD), Heartburn, Stomach ulcers

☐ **Other:** Arthritis, Diabetes ☐ Type 1 ☐ Type 2, Glaucoma, Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ Other: _____ Kidney disease or Dialysis, Liver disease or Jaundice, Sexually Transmitted Disease, Thyroid problems, Usage of any form of tobacco, Usage of any controlled substances (recreational drugs)? ☐ Not listed: _____

Is the patient under the care of a physician? ☐ Yes ☐ No

Does the patient have any history of a serious illness, operation, or been hospitalized? ☐ Yes ☐ No

Is the patient taking or recently taken any prescription/over-the-counter medicine(s)? ☐ Yes ☐ No

If so, list here: _____

Is the patient allergic to any medications? ☐ Yes ☐ No

If so, list here: _____

Does the patient have any other allergies? ☐ Yes ☐ No

Dental Questions

When was the last time the patient had a dental visit? _____

Are the patient's teeth brushed with fluoride toothpaste? ☐ Yes ☐ No Times/day? _____

Has the patient ever had an injury to their mouth/teeth? ☐ Yes ☐ No

Does the patient have any habits? (thumb-sucking, mouth breathing, teeth grinding) ☐ Yes ☐ No

Is the patient experiencing any dental pain/discomfort? ☐ Yes ☐ No

Consent and Notices

Treatment Consent
By signing this form, you voluntarily consent to receive dental services from UMMA Health, including examinations, diagnostic tests, treatments, and procedures recommended by your care team. You understand that you may refuse or withdraw consent at any time and that no guarantees are made regarding outcomes.

Financial Responsibility/Assignment of Benefits
UMMA Health is a Federally Qualified Health Center (FQHC) supported by HRSA Section 330 funding. UMMA will not deny services due to inability to pay and offers a Sliding Fee Discount Program. Students without insurance are not charged for services.

Notice of Privacy Practices (HIPAA)
UMMA Health is required by law to protect the privacy of your health information and to provide you with a Notice of Privacy Practices. This notice explains how your information may be used for treatment, payment, and health care operations; your rights regarding your health information; and UMMA Health's legal duties. You may request a copy of the Notice of Privacy Practices at any time or email questions@ummaclinic.org for a copy.

Non-discrimination Notice
UMMA Health complies with federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex, including sexual orientation and gender identity. UMMA Health provides free aids and services for individuals with disabilities and free language services for individuals with limited English proficiency. If you believe you have experienced discrimination, you may file a grievance with UMMA Health or the U.S. Department of Health and Human Services.

Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI) and Health Information Exchange (HIE)
UMMA Health may use and disclose your protected health information for treatment, payment, and health care operations as permitted by HIPAA and applicable laws. UMMA Health participates in a regional HIE, including the Los Angeles Network for Enhanced Services (LANES). Participation in the HIE is voluntary. You have the right to opt out of having your information shared through the HIE at any time. To opt out or to change your HIE participation status, please request a LANES Patient Change of Consent Form from UMMA Health staff.

Language Assistance/Interpreter Services Notice
UMMA Health provides free language assistance services, including qualified interpreters and translated materials, for patients with limited English proficiency or hearing impairments. Interpreter services are available at no cost and may be requested at any time during your visit or care. You may decline interpreter services if you choose.

Consent for Patient Reminders & Notifications
UMMA Health may contact you by text message, voice call, email, or patient portal for health-related communications such as appointment reminders, prescription notifications, lab results, and preventive care messages. Message frequency varies. Standard message and data rates may apply. Messages are sent through secure vendors such as eClinicalWorks and Healow. No marketing messages will be sent. Electronic communications may not be fully secure. By consenting, you accept this risk. You may opt out of text messages at any time by replying STOP or by contacting UMMA Health.

E-prescribing Consent
UMMA Health uses electronic prescribing systems to transmit prescriptions directly to pharmacies and to review medication history for patient safety. Information may be shared with pharmacies and payers as permitted by law. You may withdraw consent for electronic prescribing at any time.

If your child sees a dentist regularly and you want to continue care with that dentist, please do so.

Minor Patient General Discussion and Consent

Patient Name: _____ Account #: _____ Date: _____

Examination and X-Rays:
I understand that initial and recall visits will require x-rays in order to complete the examination, diagnosis and treatment plan. I understand treatment to be completed will be detailed in the treatment plan provided to me based on diagnoses by dentists at UMMA Health.

Changes in Treatment Plan:
I understand that during treatment, it may be necessary to change or add procedures because of conditions found while working on the teeth that were not discovered during examination. I give my permission to the dentist to make changes and additions as necessary.

Dental Prophylaxis:
I understand that this type of cleaning can involve the removal of plaque, calculus, and/or stains from above or slightly below the gumline. This treatment helps prevent periodontal (gum) disease progression. The long-term success of the treatment depends in part on efforts to brush and floss daily, receive regular cleanings as directed, follow a healthy diet, avoid tobacco products and follow proper home care. Depending on gum condition/inflammation, bleeding, sensitivity, discomfort, and/or soreness may occur.

Fluoride Varnish:
Fluoride varnish is a coating brushed on the surfaces of the teeth. Fluoride helps prevent, slow down and/or reverse the early signs of dental cavities (decay). It also helps make the tooth structure stronger and can help with sensitivity as well.

Sealants:
Sealants are placed as a preventative measure to reduce the risk of cavities on the chewing surface of teeth.
This procedure involves placing a special acid dental material on the tooth surface. In some cases, it is possible that a small amount of the solution can touch soft tissue of the mouth and/or root of the tooth. Should this occur, it may result in slight tissue burns and/or temporary sensitivity.
As with any type of dental procedure, it's difficult to predict how long the sealant will last. There is always a possibility that the sealant will break down or be removed entirely over time. Chewing, grinding forces, and certain foods (think hard or sticky substances, such as candy/gum) could cause the sealant to be removed entirely from the tooth surface causing the procedure to be ineffective.
I understand that even after placing dental sealants, there is a risk of developing cavities. Inadequate oral hygiene such as infrequent and/or improper brushing/flossing of the teeth may allow a cavity to form under the sealant, between teeth or on other surfaces not covered by the sealant.

READ & SIGN BELOW (If you have questions, please call us at (323) 789-5610, #4)

By signing below, I certify that I have read and understand the information, consents, acknowledgments, and notices contained in this packet. I certify that the information I have provided is accurate and complete to the best of my knowledge and agree to inform the dentist of any changes in health or medications. I have been informed, both verbally and through the information provided in this packet, of the proposed treatment, including its risks, benefits, and alternatives, including the option of no treatment. I understand that no guarantee or assurance has been made regarding the outcome of treatment. My questions have been answered to my satisfaction, and I consent to the dental treatment described in this packet.

I certify that I am the parent or legal guardian of the patient and have the legal authority to consent to the patient's dental care.

Parent/Legal Guardian Signature	Relationship to Patient	Date

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Instructions to the Parent or Applicant:
In order to receive a health examination today at no charge, you must provide the information required on this form. The information you give is confidential. This is a voluntary program.
Questions with an asterisk (*) are required.

How many people are in the child's family?* _____

- Family refers to immediate family living in the child's home. Please include the child, the child's parents, the child's siblings and the child's spouse. If a family member is pregnant, include the number of expected babies. Do not include other relatives or friends, even if they live with the child.

How much money does your family make before taxes?* $ _____ Or $ _____
Monthly Yearly

You or your child may be eligible for continued health care coverage through Medi-Cal or premium assistance programs under Covered California.

I want to apply for continuing coverage through Medi-Cal or premium assistance programs under Covered California.* ☐ Yes ☐ No

- If you answered *yes* to this question, an application will be mailed to you in a few days. Please fill it out and return it promptly.
- If you answered *no* to this question (or if you answered *yes* but do not return the application), the applicant's coverage for health, dental, and vision benefits will stop at the end of next month unless the county Department of Social Services notifies you otherwise.

Applicant Information

Does the applicant have a State of California Benefits Identification Card (BIC) or Medi-Cal card?* ☐ Yes ☐ No

If yes, what is the identification number on the BIC card (if available)?_____

Applicant's name—Last*	First*	Middle Name

Date of Birth (MM/DD/YYYY)*	Gender* ☐ Male ☐ Female	Applicant's Social Security Number (SSN)

If you are homeless, check here ☐

Home address	Apartment number	City	State	ZIP Code

County of Residence*	Living in California?* ☐ Yes ☐ No

Mailing address (if different)	Apartment number	City	State	ZIP Code

Mother's name—Last	First	Middle Initial

For Applicants Under One Year of Age, Please Complete this Section.

Mother's Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Mother's BIC or Medi-Cal Card Number or SSN

Parent/Legal Guardian Information

Name of parent/legal guardian or emancipated minor patient—Last*	First*	Middle Initial

Home telephone number	Work telephone number	Message telephone number

What language do you speak at home?	What language do you read best?

Certification

I am requesting Children's Presumptive Eligibility today. I certify that I have read and understand this form. I declare that the information I have provided is true, correct, and complete.

Signature of Parent/Guardian or Emancipated Minor*	Relationship to Applicant*	Date*

An individual has a right to review records containing his/her personal information. The official entity responsible for keeping the information is the Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. A copy of this information may be shared with the county Department of Social Services in the county in which you reside and will be kept with your child's medical record by your child's CPE provider.



Atención dental gratuita para su hijo(a), directamente en la escuela

Estimados Padres o Tutor legal,

Estamos emocionados de compartir la noticia de que su escuela se ha unido con UMMA Health para traer cuidado dental directamente a su hijo(a) sin cita previa o visitas a una oficina. Inscribirse es fácil, complete y regrese este paquete o escanee el código QR para comenzar.

¡Todas las familias son bienvenidas! No hay costo o pago requerido de los padres/guardianes. Si su familia tiene aseguranza, por favor presente la información de su plan, y si su familia no está asegurada, nosotros le proveemos el cuidado sin costo. Si está interesado en inscribirse para una aseguranza, por favor complete nuestra última página.

Inscríbase hoy

Complete la forma de permiso o escanee el código QR

Sin Molestia y con Comodidad

Nosotros entendemos que su tiempo es valioso. Nuestro equipo dental consiste de profesionales locales que brindan un ambiente tranquilo y familiar ayudando que los niños se sientan cómodos. Cada visita puede incluir un examen dental completo, radiografías, limpieza, tratamiento con flúor y selladores. Si el niño(a) necesita tratamiento adicional, puede recibir atención de seguimiento en una de nuestras oficinas dentales en el Sur de Los Ángeles.

Una Boca Sana Apoya Una Vida Sana

El cuidado dental rutinario ayuda a proteger a su hijo(a) de:

- Pérdida de dientes debido a caries
- Enfermedad de las encías
- Mayor riesgo de enfermedad cardíaca
- Retrasos en el desarrollo del habla y de lenguaje

La salud dental es una pieza clave del bienestar general de su hijo(a). Estamos haciendo que sea más fácil que nunca mantenerse al día con su salud dental.

UMMA HEALTH
Bienestar • Cuidado • Comunidad
INSPIRED BY ISLAM

¡El dentista viene a la escuela!

Reciba atención dental en la escuela sin costo alguno para usted.

¡Inscríbase en línea!
Escanee el código QR con su celular

Cuidar los dientes de su hijo(a) es importante para mantenerlo(a) saludable.

Fácil y Conveniente – UMMA Health revisará regularmente la boca y los dientes de su hijo(a). También proporcionaremos una limpieza, las radiografías necesarias, tratamiento con flúor y selladores, según sea necesario. Se enviará a casa con su hijo(a) un reporte dental.

¡Firme y devuelva a su escuela hoy! También recibirá una llamada de nuestro Coordinador Dental para explicarle los resultados.

POR FAVOR COMPLETE

Nombre legal del niño(a)		Fecha de nacimiento	☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Escuela	Maestro/a		Grado
Nombre del padre o tutor		Teléfono ( )	
Correo electrónico		Teléfono alt. ( )	
Nombre de contacto de emergencia (Si es diferente de arriba)	Teléfono ( )	Relación con el niño(a)	

Método de contacto preferido ☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ No dejar mensajes

Información de ingresos: Recopilamos el ingreso familiar y el tamaño del hogar de todos los pacientes. No se negarán servicios por ingresos o capacidad de pago. Número total de personas en el hogar: _____

Ingreso familiar estimado $_____ por ☐ Año ☐ Mes ☐ Quincena ☐ Semana

Idioma y servicios de interpretación: ¿Necesita servicios de interpretación gratuitos para su niño(a)? ☐ Sí ☐ No

Idioma principal: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____

Estado de vivienda: ¿Dónde vive su hijo(a) actualmente? ☐ En mi hogar ☐ En un refugio ☐ Viviendo con otras personas ☐ En la calle, campamento, puente o automóvil ☐ Vivienda transicional ☐ Prefiere no divulgar

Raza y Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Indígena Americano ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawái o Otra Isla del Pacífico ☐ Prefiere no divulgar

SI EL NIÑO(A) TIENE MEDI-CAL (también conocido como Medi-Cal Dental (Denti-Cal) o Medicaid)

IMPORTANTE: SI EL NIÑO(A) TIENE MEDI-CAL, TENDREMOS QUE OBTENER EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A) ANTES DE QUE EL DENTISTA PUEDA ATENDER A SU HIJO(A).

Escriba aquí el número de identificación BIC del niño(a) → **Número de identificación** 9 _____

O el número de Seguro Social del niño(a) (si está disponible) ___ – ___ – ____

SI SU NIÑO(A) NO TIENE ASEGURANZA DENTAL, POR FAVOR COMPLETE LA PÁGINA FINAL, THE CHILDREN'S PRESUMPTIVE ELIGIBILITY PRE-ENROLLMENT WORKSHEET FORM.

Preguntas adicionales y firmas requeridas en la siguiente página →

Preguntas: (323) 789-5610, #4

PREGUNTAS IMPORTANTES DE SALUD

¿TIENE SU HIJO(A) ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA, DISCAPACIDAD, PROBLEMA DE CONDUCTA O OTRO PROBLEMA, YA SEA ACTUAL O PASADO? POR FAVOR MARQUE CADA CONDICIÓN QUE APLIQUE A SU HIJO(A) Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROVISTO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTA HOJA SEGÚN SEA NECESARIO. SI NINGUNA CONDICIÓN LE APLICA, DÉJELO EN BLANCO.

☐ **Huesos y Articulaciones:** Reemplazo de articulaciones (por ejemplo, cadera, rodilla, codo, dedo), Osteoporosis o enfermedad de Paget, Medicamentos bifosfonatos (por ejemplo, Fosomax, Boniva, Actonel, Didronel, Aredia, Zometa, Bonefos)

☐ **Salud del Corazón:** Válvula cardíaca artificial (protésica), Endocarditis infecciosa, Corazón trasplantado/Válvula anormal, Cardiopatía congénita (CPC), Angina o Dolor en el pecho, Arteriosclerosis o Colesterol alto, Insuficiencia cardíaca congestiva, Obstrucción o tratamiento de la arteria coronaria (bypass, stent, etc.), Válvulas cardíacas dañadas, Ataque del corazón, Enfermedad cardíaca o tratamiento, Soplo de corazón, Presión alta o baja, Marcapasos/Desfibrilador implantado, Cardiopatía reumática, Derrame cerebral

☐ **Salud Respiratoria:** Asma, Bronquitis o Enfisema, Tuberculosis

☐ **Cáncer:** Cáncer, Quimioterapia, Radiación

☐ **Salud de Sangre:** Anemia, Sangrado anormal o moretones, Hemofilia o Enfermedad de células falciformes

☐ **Cerebro (Neurológico)/Salud Mental:** Ansiedad, Depresión, Consejería o Tratamiento psicológico, Epilepsia o Convulsiones

☐ **Enfermedad Autoinmune/Inmunológica:** Enfermedad autoinmune (Lupus, Artritis Reumatoide, Esclerosis Múltiple), Inmunodeficiencia, Trasplante de órganos, VIH o SIDA

☐ **Salud Digestiva:** Reflujo ácido (ERGE), Acidez, Úlceras estomacales

☐ **Otros:** Artritis, Diabetes ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2, Glaucoma, Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ Otro: _____
Enfermedad renal o Diálisis, Enfermedad del higado o Ictericia, Enfermedades venéreas, Problemas de tiroides, Usar de cualquier forma de tabaco, Usar sustancias controladas (drogas recreativas)?
☐ No Incluido: _____

¿Está bajo cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No

¿Cualquier historial de una enfermedad grave, operación o hospitalización? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado/sin receta? ☐ Sí ☐ No

Si es así, enumérelos aquí: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si es así, enumérelos aquí: _____

¿Tiene alguna otra alergia? ☐ Sí ☐ No

Preguntas Dentales

¿Cuándo fue la última vez que el paciente visitó al dentista? _____

¿Cepillan los dientes del paciente con pasta dental con flúor? ☐ Sí ☐ No ¿cuántas veces al día? _____

¿Ha tenido una lesión en la boca/dientes? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el paciente algún hábito (chupar el dedo, respirar por la boca, rechinar dientes)? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente está experimentando algún dolor/molestia dental? ☐ Sí ☐ No

Paquete De Consentimiento Y Aviso Dental Móvil

Consentimiento para tratamiento
Al firmar este formulario, usted consiente voluntariamente recibir servicios dentales de UMMA Health, incluyendo exámenes, pruebas diagnósticas, tratamientos y procedimientos recomendados por su equipo de atención. Usted entiende que puede negarse o retirar su consentimiento en cualquier momento y que no se garantizan resultados específicos.

Responsabilidad financiera/asignación de beneficios
UMMA Health es un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (FQHC, por sus siglas en inglés), respaldado por fondos de la Sección 330 de HRSA. UMMA no negará servicios debido a la incapacidad de pago y ofrece un Programa de Descuento por Escala de Tarifas. Los estudiantes sin seguro no serán cobrados por los servicios.

Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA)
UMMA Health está obligado por ley a proteger la privacidad de su información médica y a proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad. Este aviso explica cómo su información puede utilizarse y divulgarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica; sus derechos con respecto a su información médica; y las obligaciones legales de UMMA Health. Puede solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento o enviar un correo electrónico a questions@ummaclinic.org para obtener una copia.

Aviso de no discriminación
UMMA Health cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluida la orientación sexual y la identidad de género. UMMA Health proporciona ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidades y servicios lingüísticos gratuitos para personas con dominio limitado del inglés. Si cree que ha sido objeto de discriminación, puede presentar una queja ante UMMA Health o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Uso y divulgación de información de salud protegida (PHI) y del intercambio de información de salud (HIE)
UMMA Health puede usar y divulgar su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según lo permitido por HIPAA y la ley aplicable. UMMA Health participa en un HIE regional, incluido el Los Angeles Network for Enhanced Services (LANES). La participación en el HIE es voluntaria. Usted tiene el derecho de optar por no permitir que su información sea compartida a través del HIE en cualquier momento. Para optar por no participar o para cambiar su estado de participación en el HIE, solicite al personal de UMMA Health el Formulario de Cambio de Consentimiento del Paciente de LANES.

Aviso de asistencia lingüística/servicios de interpretación
UMMA Health proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística, incluyendo intérpretes calificados y materiales traducidos, para pacientes con dominio limitado del inglés o con discapacidades auditivas. Los servicios de interpretación están disponibles sin costo y pueden solicitarse en cualquier momento durante su visita o atención. Usted puede rechazar los servicios de interpretación si así lo desea.

Consentimiento para recordatorios y notificaciones del paciente
UMMA Health puede comunicarse con usted por mensaje de texto, llamada telefónica, correo electrónico o portal del paciente para comunicaciones relacionadas con su salud, como recordatorios de citas, notificaciones de recetas, resultados de laboratorio y mensajes de atención preventiva. La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos. Los mensajes se envían a través de proveedores seguros como eClinicalWorks y Healow. No se enviarán mensajes de mercadeo. Al otorgar su consentimiento, usted acepta este riesgo. Puede dejar de recibir mensajes de texto respondiendo STOP o comunicándose con UMMA Health.

Consentimiento para recetas electrónicas (E-Prescribing)
UMMA Health utiliza sistemas electrónicos para enviar recetas directamente a las farmacias y revisar el historial de medicamentos para garantizar la seguridad del paciente. La información puede compartirse con farmacias y aseguradoras según lo permita la ley. Usted puede retirar su consentimiento para la prescripción electrónica en cualquier momento.

Si su hijo(a) tiene un dentista regular y quiere continuar su cuidado con ese dentista, por favor continúe haciéndolo.

Discusión General y Consentimiento Para Paciente Menor de Edad

Nombre del Paciente: _____ Número de Cuenta #: _____ Fecha: _____

Examen y Radiografías:
Entiendo que las visitas iniciales y de revisión requerirán radiografías para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Entiendo que el tratamiento que se completará se detallará en el plan de tratamiento que se me proporcionó según los diagnósticos de los dentistas en la UMMA Health.

Cambios en el Plan de Tratamiento:
Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen. Doy mi permiso al dentista para hacer cambios y adiciones según sea necesario.

Limpieza:
Entiendo que este tipo de limpieza puede implicar la eliminación de placa, cálculo y/o manchas de arriba o ligeramente por debajo de la línea de las encías. Este tratamiento ayuda a prevenir la progresión de la enfermedad periodontal (de las encías). El éxito a largo plazo del tratamiento depende en parte de los esfuerzos para cepillarse y usar hilo dental diariamente, recibir limpiezas regulares según las indicaciones, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir el cuidado adecuado en el hogar. Dependiendo de la condición/inflamación de las encías, puede ocurrir sangrado, sensibilidad, incomodidad y/o dolor.

Barniz de Flúor:
El barniz de flúor es un cubrimiento cepillado en las superficies de los dientes. El fluoruro ayuda a prevenir, ralentizar y/o revertir los primeros signos de caries dentales. También ayuda a fortalecer la estructura del diente y también puede ayudar con la sensibilidad.

Selladores:
Los selladores se colocan como medida preventiva para reducir el riesgo de caries en la superficie de masticación de los dientes.
Este procedimiento consiste en colocar un material dental ácido especial en la superficie del diente. En algunos casos, es posible que una pequeña cantidad de la solución pueda tocar el tejido blando de la boca y/o la raíz del diente. Si esto ocurre, puede resultar en quemaduras leves de tejido y/o sensibilidad temporal.
Al igual que con cualquier tipo de procedimiento dental, es difícil predecir cuánto tiempo durará el sellador. Siempre existe la posibilidad de que el sellador se descomponga o se elimine por completo con el tiempo. La masticación, las fuerzas de molienda y ciertos alimentos (piense en sustancias duras o pegajosas, como dulces/chicles) podrían hacer que el sellador se elimine por completo de la superficie del diente, lo que hace que el procedimiento sea ineficaz.
Entiendo que incluso después de colocar selladores dentales, existe el riesgo de desarrollar caries. Una higiene bucal inadecuada, como el cepillado/uso de hilo dental poco frecuente y/o inadecuado, puede permitir que se forme una cavidad debajo del sellador, entre los dientes o en otras superficies no cubiertas por el sellador.

LEA Y FIRME ABAJO (Si tiene preguntas, por favor llame al (323) 789-5610, #4)

Al firmar abajo, certifico que he leído y entiendo la información, los consentimientos, las declaraciones y los avisos en este paquete. Certifico que la información que he proporcionado es correcta y completa según mi conocimiento y acepto informar al dentista sobre cualquier cambio en salud o medicamentos. He sido informado, tanto verbalmente como a través de la información proporcionada en este paquete, sobre el tratamiento propuesto, incluyendo sus riesgos, beneficios y alternativas, incluyendo la opción de no recibir tratamiento. Entiendo que no se ha dado ninguna garantía ni seguridad sobre el resultado del tratamiento. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción, y doy mi consentimiento para el tratamiento dental descrito en este paquete.

Certifico que soy el padre o tutor legal del paciente y que tengo la autoridad legal para dar consentimiento para el tratamiento dental del paciente.

_____	_____	_____
Firma del Padre/Tutor Legal	**Relación con el Paciente**	**Fecha**

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Instrucciones para el padre o solicitante:
Para poder recibir hoy un examen de salud hoy sin costo, usted debe proporcionar la información que se solicita en este formulario. La información que proporcione es confidencial. Este es un programa voluntario.
Las preguntas con un asterisco (*) son requeridas.

¿Cuántas personas hay en la familia del niño?* _____

- La familia se refiere a la familia inmediata que vive en el hogar del niño. Por favor incluya al niño, a los padres del niño, a los hermanos del niño y al cónyuge del niño. Si alguna miembro de la familia está embarazada, incluya el número de bebés esperados. No incluya a otros familiares o amigos, aunque vivan con el niño.

¿Cuánto dinero gana su familia antes de impuestos?* $ _____ Mensual O $ _____ Anual

Usted o su hijo pueden ser elegibles para la cobertura continua de cuidados de salud a través de Medi-Cal o de los programas de asistencia con las primas de Covered California.

Quiero solicitar cobertura continua a través de Medi-Cal o programas de asistencia con primas de Covered California.* ☐ Sí ☐ No

- Si respondió *sí* a esta pregunta, una solicitud se le enviará por correo en unos días. Por favor complétela y devuélvala lo antes posible.
- Si respondió *no* a esta pregunta (o si respondió *sí* pero no devuelve el formulario de solicitud), la cobertura de los beneficios de salud, dental y visión terminara al final del próximo mes, a menos que el Department of Social Services del condado le notifique lo contrario.

Información del solicitante

¿El solicitante tiene una State of California Benefits Identification Card (BIC) o una tarjeta de Medi-Cal?* ☐ Sí ☐ No

Si es si, ¿cuál es el número de identificación de la tarjeta BIC (si está disponible)? _____

Nombre del solicitante – Apellido *	Primer nombre*	Segundo nombre

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)*	Sexo* ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social (SSN) del solicitante

Si no tiene hogar, marque aquí ☐

Dirección de domicilio	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal

Condado de residencia*	¿Vive en California?* ☐ Sí ☐ No

Dirección postal (si es diferente al domicilio)	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre de la madre—Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre

Si el solicitante es menor de un año, por favor complete esta sección.

Fecha de nacimiento de la madre (MM/DD/YYYY)	Número de tarjeta BIC, Medi-Cal o SSN de la madre

Información del padre/tutor legal

Nombre del padre/tutor legal o paciente menor emancipado—Apellido*	Primer nombre*	Inicial del segundo nombre

Número de teléfono del hogar	Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono para mensajes

¿Qué idioma se habla en el hogar?	¿Qué idioma lee mejor?

Certificación

Yo estoy solicitando en el día de hoy Children's Presumptive Eligibility. Yo certifico que leí y comprendí este formulario. Declaro que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa.

Firma del padre/tutor o menor emancipado*	Relación con el solicitante*	Fecha*

Un individuo tiene derecho a consultar los registros que contengan su información personal. La entidad oficial responsable de mantener la información es Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Se puede compartir una copia de la información con el Department of Social Services del condado en el que usted resida y el proveedor CPE de su hijo la incluirá en el expediente médico de su hijo.