SAVE TIME!
Sign up online
SmileNYOutreach.com

IN-SCHOOL PREVENTIVE DENTAL CARE AT NO COST TO YOU

Our school, in partnership with Smile New York Outreach, is offering every child **PREVENTIVE DENTAL CARE AT NO COST TO YOU**. A licensed dentist or dental hygienist will regularly check your child's mouth and teeth as well as provide a cleaning, fluoride treatments, apply sealants as needed, and may take x-rays. A dental report will be sent home with your child.

COMPLETE AND RETURN THE PERMISSION SLIP BELOW.

☑ **YES**, I would like my child to have **PREVENTIVE DENTAL CARE AT NO COST TO ME**.

Child's Name _____ Birth Date _____ Male/Female ____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

School _____ Teacher _____ Grade _____

Parent/Guardian Name _____

Email _____ Phone _____

IMPORTANT HEALTH QUESTION

Does your child have any past or present medical or dental conditions or disabilities? This may include heart issues, breathing problems, brain/seizure disorders, allergies (including drug allergies), diabetes, bleeding problems, communicable diseases or immune disorders etc. If Yes, explain below (attach additional pages as needed). IF NO, LEAVE BLANK.

_____

_____

☐ **MY CHILD HAS CHILDREN'S MEDICAID/CHILD HEALTH PLUS:** Affinity Health Plan, CDPHP, Empire Blue Cross Blue Shield, HIP/Emblem, Healthfirst, Fidelis Care, MetroPlus Health Plan, MVP, UnitedHealthCare, Wellcare

Enter Child's Children's Medicaid/ Child Health Plus ID Number: _____

EXAMPLE A B 1 2 3 4 5 C

OR Child's Social Security # if Medicaid number is not available ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐

☐ **MY CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE:**

Dental Ins. Company name (other than Medicaid) _____ Ins. Phone _____

Group # _____ Employer name _____ Co. phone _____

Name of Insured Adult _____ **BIRTH DATE of Insured Adult** _____

Member ID/Policy # _____ Social Security # of insured adult _____

I understand and authorize Smile New York Outreach LLC (Provider), its affiliated dentists or dental hygienists, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian, including an exam, cleaning, fluoride treatments, sealants and x-rays as needed. I have read the IMPORTANT HEALTH QUESTION above and will report any significant changes in my child's health to 855-481-8638. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS PAGE and understand and agree to its terms.

SIGN HERE Parent/Guardian Signature _____ Date _____

This consent authorizes the initial and future dental visits.

Smile New York Outreach, LLC
1808 Crotona Parkway, Bronx, NY 10460
© Smile New York Outreach, LLC, 2019

AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

Comprendo y autorizo a Smile New York Outreach LLC (Proveedor) y los dentistas y higienistas dental afiliados actualizar los siguientes servicios al niño mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x y sellantes, así como la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata para tratar la progresión de las caries dental. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro.) Por este medio autorizo y dirijo el Proveedor a cobrar y colectar pago de cualquier Medicaid, seguro, u otro pagador, si hubiera, y también revelar información de mi niño a cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y sus subcontratistas por uso y divulgación en relación del tratamiento de mi niño, pago de servicios y los propósitos en las operaciones de salud. (En ocasiones podremos mandarle un texto sobre el programa dental escolar. Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para descontinuar, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefonicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporciono en esta forma de consentimiento.) He recibido el Aviso sobre Prácticas de Privacidad en la parte superior de esta página. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

ELLIOT P. SCHLANG, DDS - GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

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. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

NUESTRO DEBER LEGAL
La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significante a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD
Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela o otro proveedor de salud que le esté proveyendo tratamiento.

Pagos: Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

Su Autorización: Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectara cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

A Su Familia y Amigos y Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 888-833-8441.

Requerido por La Ley: podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

Seguridad Pública: Podremos dar información médica a oficiales la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reporte de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal e informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

Abuso o Negligencia: Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Seguridad Nacional: Podemos dar su información médica a las autoridades militares de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero bajo ciertas circunstancias; a funcionarios federales de la ley de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proteger al Presidente; y a un oficial de la ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

Demandas y Disputas: Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

Otros Usos y Revelaciones: Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que manejan y monitorear la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corre el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

DERECHOS DEL PACIENTE
Acceso: Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se enmiende la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

PREGUNTAS Y QUEJAS
Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA
Teléfono: 888-833-8441
Fax: 888-330-4331
email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com
Fecha efectiva: February 1, 2018

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente de Smile New York Outreach, tiene derecho a:

1. Comprender y usar estos derechos. Si por cualquier razón usted no entiende o necesita ayuda, el Centro debe proporcionarle asistencia, incluido un intérprete.
2. Recibir tratamiento sin discriminación por raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, discapacidad, orientación sexual, fuente de pago o edad.
3. Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente seguro y limpio, libre de restricciones innecesarias.
4. Ser informado de los servicios disponibles en el Centro.
5. Estar informado de las provisiones de la cobertura de emergencia dental fuera de horas.
6. Ser informado de los cargos por servicios, elegibilidad para reembolsos de terceros y cuando aplicable, la disponibilidad de servicios gratuitos o de bajo costo.
7. Recibir una copia detallada de su estado de cuenta, previa solicitud.
8. Obtener de su médico, o del delegado del profesional de la salud, información completa y información actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos del paciente se puede razonablemente esperar a entender.
9. Recibir de su dentista la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento no emergente o ambos. El consentimiento informado incluirá, como, mínimo, el suministro de información relativa al procedimiento o tratamiento específico o tanto los riesgos involucrados, como las alternativas de atención o tratamiento, si los hay.
10. Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y estar plenamente informado de la consecuencias de su acción.
11. Rechazar participar en la investigación experimental.
12. Expresar quejas sobre la atención y los servicios prestados y hacer que el Centro investigue tales quejas, sin temor a represalias. Un paciente puede expresar su preocupación verbalmente o por escrito al administrador. El Centro es responsable de proveer al paciente o su / designado con una respuesta por escrito dentro de los 30 días si el paciente lo solicita conclusiones de la investigación. El Centro también es responsable de notificar al paciente o si el paciente no está satisfecho por la respuesta del Centro, el paciente puede quejarse a la Oficina de Administración de Sistemas de Salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-804-5447.
13. Privacidad y confidencialidad de toda la información y registros relacionados con el tratamiento del paciente.
14. Aprobar o rechazar la divulgación o divulgación del contenido de su expediente dental a cualquier profesional de la salud y / o un centro de atención médica, excepto cuando así lo exija la ley o un tercero contrato de pago.

¡AHORRE TIEMPO!
Regístrese en línea
SmileNYOutreach.com

CUIDADO DENTAL PREVENTIVO EN LA ESCUELA SIN COSTO PARA USTED.

Nuestra escuela, asociado con Smile New York Outreach, está ofreciendo a todos los niños **CUIDADO DENTAL PREVENTIVO SIN COSTO PARA USTED.** Un dentista licenciado o higienista dental revisará con regularidad la boca y los dientes de su hijo, así como proporcionar una limpieza, tratamientos de fluoruro, aplicar selladores según sea necesario y tomar rayos-x. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo.

LLENE Y REGRESE EL FORMULARIO DE PERMISIO DEBAJO.

☑ **SI, me gustaría que mi hijo recibiera CUIDADO DENTAL PREVENTIVO SIN COSTO PARA MÍ.**

Nombre Legal del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Hombre/Mujer ____

Dirección _____ Ciudad _____ El Estado ____ Código Postal _____

Escuela _____ Profesor _____ Grado _____

Padre/Tutor Legal _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

PREGUNTA DE SALUD IMPORTANTE

¿Su hijo tiene alguna discapacidad o condiciones médicas o dentales en el pasado o presente? Puede incluir problemas del corazón, problemas de respiración, trastorno del cerebro/convulsiones, alergias (incluye alergia a medicamentos), diabetes, problemas de sangrado, enfermedades transmisibles o desorden inmunitario, etc. Si es así, por favor explique abajo (adjunte hojas adicionales si es necesario). SI NO, DEJE EL ESPACIO ABAJO EN BLANCO.

_____

_____

☐ **MI NIÑO TIENE CHILDREN'S MEDICAID/CHILD HEALTH PLUS:** Affinity Health Plan, CDPHP, Empire Blue Cross Blue Shield, HIP/Emblem, Healthfirst, Fidelis Care, MetroPlus Health Plan, MVP, UnitedHealthCare, Wellcare

Escriba el numero de Children's Medicaid/ Child Health Plus AQUÍ: _____

EJEMPLO A B 1 2 3 4 5 C

O el # de Seguro Social del niño si el # de Medicaid no está disponible ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐

☐ **MI NIÑO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO:**

Nombre de la Comp. de Seguro Dental (aparte de Medicaid) _____ Tel. del Seg. _____

Grupo _____ Empleador _____ Tel. del Empleador _____

Nombre del Adulto Asegurado _____ **FECHA DE NACIMIENTO del adulto Asegurado** _____

Póliza/ID _____ Seguro Social del Adulto Asegurado _____

Comprendo y autorizo a Smile New York Outreach LLC (Proveedor), y a sus dentistas afiliados o higienistas dental, a proveer servicios dentales en la escuela al niño mencionado anteriormente de quien soy el padre custodio o tutor legal, incluyendo un examen dental, limpieza, tratamientos de fluoruro, sellantes y rayos-x según sea necesario. He leído la PREGUNTA IMPORTANTE DE SALUD al anterior y les informaré de cualquier cambio significante del salud de mi hijo a 855-481-8638. He leído el AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO y entiendo y estoy de acuerdo con estos términos.

FIRME AQUI Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

Smile New York Outreach, LLC
1808 Crotona Parkway, Bronx, NY 10460
© Smile New York Outreach, LLC, 2019

IMPORTANT NOTICE AND CONSENT

I understand and authorize Smile New York Outreach LLC (Provider) and its affiliated dentists and dental hygienists to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: dental exam & oral hygiene instruction, teeth cleaning, fluoride treatment, x-rays & dental sealants, as well as the application of Silver Diamine Fluoride to treat the progression of tooth decay. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color.) I authorize & direct Provider to bill and collect payment from any Medicaid, insurance, or other payor, if any, as well as to release my child's information to any responsible payor and/or administrative service provider and their subcontractors for use and disclosure relating to my child's treatment, payment for services and health care operation purposes. (We may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, reply "STOP" to any message received from us. You also agree to receive pre-recorded and/or auto-dialed telephone calls relating to the school dental program at the land-line and/or mobile telephone numbers provided on this consent form.) I have received the Notice of Privacy Practices on the top of this form. This signed consent authorizes my child's initial and future dental visits. I may withdraw this consent at any time in writing.

ELLIOT P. SCHLANG, DDS - GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

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.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. KEEP FOR YOUR RECORDS

OUR LEGAL DUTY

The privacy of your medical information is important to us. 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. We will notify you if your unsecured medical information is breached.

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 our business operations such as reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals and evaluating practitioner and provider performance.

Your Authorization: Uses or disclosures not otherwise described in this Notice may be made only with your written authorization. In addition, we must obtain your written authorization to sell your medical information or to use or disclose your information for marketing goods or services to you where we are paid to make the communication. 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 and Persons Involved in Your Care: We may disclose your health information to a family member, friend or other person involved in your care to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare. We may also disclose your medical information to disaster relief organizations to help locate individuals during a disaster. We may also use or disclose your medical information to notify, or assist in the notification, of a family member, a personal representative or a person responsible for your care of your location, general condition or death. If you do not want us to disclose your medical information to family members or others in these circumstances, please notify our HIPAA Officer at 888-833-8441.

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

Public Safety: We may need to disclose medical information to law enforcement officials, such as in response to a search warrant or a grand jury subpoena, or to assist law enforcement officials in identifying or locating an individual, to report deaths that may have resulted from criminal conduct, and to report criminal conduct on our premises.

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 or the health or safety of others.

National Security: We may disclose your medical information to military authorities of Armed Forces or foreign military personnel under certain circumstances; to authorized federal officials for lawful intelligence, counterintelligence, or other national security activities, and to protect the president; and to a correctional institution or law enforcement official having lawful custody of an 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, letters, emails or text messages).

Health Oversight Activities: We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure surveys. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, the outbreak of disease, government programs, compliance with civil rights laws and to improve patient outcomes.

Lawsuits and Disputes: We may disclose health information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process.

Other Uses and Disclosures. As permitted or required by law, we may use or disclose your medical information for research purposes; to organizations that handle and monitor organ donation and transplantation; for workers' compensation or similar programs to comply with laws related to workers' compensation or similar programs that provide benefits for work-related injuries or illness; for public health activities such as to prevent or control disease, injury or disability; to report reactions to medications or problems with products; to notify people of recalls of products they may be using; to notify a person who may have been exposed to, or is at risk for contracting or spreading a disease; to medical examiners to identify a deceased person or determine cause of death; or to funeral directors to carry out their duties.

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make a request in writing to obtain access to your health information and fax your request to the number at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of some disclosures we or our business associates have made of your health information. 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 restrict our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to your request except when disclosure would be to your health plan, you (or someone on your behalf other than your health plan) has paid in full for your health care, the disclosure relates to payment or health care operations, and the disclosure is not otherwise required by law. If we agree to the restriction, however, we will abide by that agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request in writing that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations specified in your written request.

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

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, 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 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
Phone: 888-833-8441
Fax: 888-330-4331
email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com
Effective Date: February 1, 2018

PATIENT'S BILL OF RIGHTS

As a patient of Smile New York Outreach, you have the right to:

1. Understand and use these rights. If for any reason you do not understand or you need help, the Center must provide assistance, including an interpreter.
2. Receive services without regard to age, race, color, sexual orientation, religion, marital status, sex, national origin or source of payment.
3. Be treated with consideration, respect and dignity including privacy in treatment.
4. Be informed of the services available at the Center.
5. Be informed of the provisions of off-hour dental emergency coverage.
6. Be informed of the charges for services, eligibility for third-party reimbursements and, when applicable, the availability of free or reduced cost care.
7. Receive an itemized copy of his/her account statement, upon request.
8. Obtain from his/her health care practitioner, or the health care practitioner's delegate, complete and current information concerning his/her diagnosis, treatment and prognosis in terms the patient can be reasonably expected to understand.
9. Receive from his/her dentist information necessary to give informed consent prior to the start of any non-emergent procedure or treatment or both. An informed consent shall include, as a minimum, the provision of information concerning the specific procedure or treatment or both, the risks involved, and alternatives for care or treatment, if any.
10. Refuse treatment to the extent permitted by law and to be fully informed of the medical consequences of his/her action.
11. Refuse to participate in experimental research.
12. Express complaints about the care and services provided and to have the Center investigate such complaints, without fear of reprisal. A patient may express their concern verbally or in writing to the administrator. The Center is responsible for providing the patient or his/her designee with a written response within 30 days if requested by the patient indicating the findings of the investigation. The Center is also responsible for notifying the patient or his/her designee that if the patient is not satisfied by the Center's response, the patient may complain to the New York State Department of Health's Office of Health Systems Management by calling 1-800-804-5447.
13. Privacy and confidentiality of all information and records pertaining to the patient's treatment.
14. Approve or refuse the release or disclosure of the contents of his/her dental record to any healthcare practitioner and/or healthcare facility except as required by law or third-party payment contract.