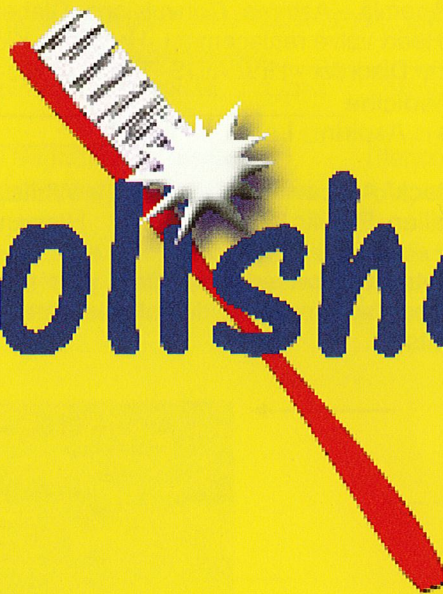


clean teeth

**Polished**

good health



# Polished Health History

Child's Information (Please print):

Child's Name: \_\_\_\_\_ M  F  Child's Birthday: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(first) (last) (month) (day) (birth year)

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Room: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

Child's primary language: \_\_\_\_\_ Parent's primary language: \_\_\_\_\_

Parent's name and address: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Parent's day time phone: \_\_\_\_\_

### Dental Information:

1. Date of last dental check-up: \_\_\_\_\_
2. My child has a local dentist YES  NO  Dentist name: \_\_\_\_\_
3. My child needs to take antibiotics before having dental treatment  YES Why? \_\_\_\_\_  NO
4. Please tell us about your child's dental experience. \_\_\_\_\_

### Medical Information:

1. My child has had serious health problems YES  \_\_\_\_\_ NO
2. My child is under a doctor's care now. YES  for \_\_\_\_\_ NO
3. **Please circle** if your child has the following: - Anemia - Asthma- Convulsions -Diabetes- Epilepsy -Seizures-  
- Glaucoma - Heart Problems-Heart Murmur - Heart valve replacement -Hepatitis- Kidney/ Liver -  
-Rheumatic Fever - Joint replacement - Immune Disorder - HIV/ AIDS- Tuberculosis- Other: \_\_\_\_\_
4. My child is taking medicine YES  Name of medicine \_\_\_\_\_ NO
5. My child is allergic to: Penicillin  Antibiotics  Aspirin  Latex  Foods \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

### Demographic Information:

My child is: I do not wish to answer  Black/ African American  White  Asian   
American Indian/Alaskan Native  Native Hawaiian/Pacific Islander  Hispanic  More than one race

**Insurance:** We are required to notify you that treatment provided may affect your future dental insurance benefits, however, \*\*Polished will make every attempt to NOT impact your twice per year dental cleanings and we never bill for exams. We ask you to contact us if any issues arise involving your benefits\*\*.

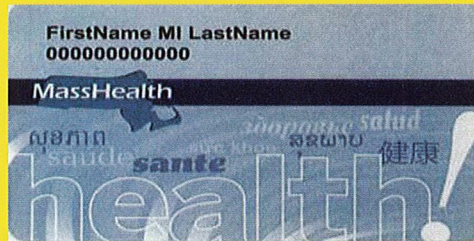
### Insurance Information

My child has the following dental insurance:

- No Dental Insurance
- MassHealth RID Number: \_\_\_\_\_
- Delta  BC/BS  Other \_\_\_\_\_

Individual Policy# \_\_\_\_\_

Group Policy# \_\_\_\_\_



### Subscriber Information

Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Subscriber ID: \_\_\_\_\_

Employer Name: \_\_\_\_\_ Subscriber Date of Birth: Month\_\_ Day\_\_ Year\_\_

I agree that the above health information is correct. I give consent for Polished to: provide dental screenings (check teeth, mouth and gums), cleanings (remove plaque and other deposits), fluoride varnish treatments (to protect from cavities) and dental sealants (applied to teeth, when needed, to prevent cavities); to confirm insurance and bill my insurance for care provided, see above\*\*. I have read the Polished LLC HIPAA Policy (attached and at www.polishedteeth.com) and understand I may request a copy of the policy for my records. I agree to receive email or phone messages regarding my child's care. I understand that I may continue to obtain dental care through any other provider. I agree that the school may receive a copy of a summary of my child's care, if the school so desires. **Contact:** Ellen Gould RDH MPA

Email: ellengould@polishedteeth.com; phone or text (508) 237-5378, Mail: POB 936 West Chatham, MA. 02669

**SIGN HERE Parent/Guardian:**

▶ \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_



# Polished Historia de la Salud

## Información del niño (por favor escriba):

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ M  F  Cumpleaños del niño: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(primer) (último) (mes) (día) (año del Nacimiento)  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Habitación: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del padre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono del día del padre: \_\_\_\_\_

## Información dental:

1. Fecha del último chequeo dental: \_\_\_\_\_
2. Mi hijo tiene un dentista local SI  NO  Nombre del dentista: \_\_\_\_\_
3. Mi hijo necesita tomar antibióticos antes de recibir tratamiento dental YES  ¿Por qué? \_\_\_\_\_ NO
4. Por favor díganos acerca de la experiencia dental de su niño \_\_\_\_\_

## Información médica:

1. Mi hijo ha tenido serios problemas de salud SI  NO
2. Mi hijo está bajo cuidado médico ahora. SI  para \_\_\_\_\_ NO
3. Mi hijo tiene o ha tenido antes: Anemia - Asma - Convulsiones - Diabetes - Epilepsia - Seizures -  
Problemas cardíacos: Murmullo cardíaco-Sustitución de la válvula cardíaca-Hepatitis - Riñón / Hígado -Reumático Fiebre  
Sustitución de las articulaciones Trastorno inmunitario / VIH / SIDA -Tuberculosis - Otros: \_\_\_\_\_
4. Mi hijo está tomando medicina SÍ  nombre del medicamento \_\_\_\_\_ NO
5. Mi hijo es alérgico a: Penicilina  Antibiótico  Aspirina  Látex  Alimentos  Otros:

## Demografía:

Mi niño es: No quiero responder  Negro/afroamericano  Blanco  Asiático   
Indio americano/AlaskanNativo  Nativo de Hawai / Islas del Pacífico  Hispano  Más de una Carrera

**Seguro:** Estamos obligados a notificarle que el tratamiento proporcionado puede afectar sus futuros beneficios de seguro dental, sin embargo, \*\*Polished hará todo lo posible para NO afectar sus limpiezas dentales dos veces al año y nunca facturamos por los exámenes. Le pedimos que se ponga en contacto con nosotros si surge algún problema que involucre sus beneficios\*\*.

## Información del seguro

**Mi hijo tiene el siguiente seguro dental:**

- No hay seguro dental
- Número de RID de MassHealth: \_\_\_\_\_
- Delta  BC / BS  Otro \_\_\_\_\_

Política individual # \_\_\_\_\_

Política de grupo # \_\_\_\_\_

## Información del Suscriptor

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Subscriber ID: \_\_\_\_\_ Suscriptor  
Fecha de Nacimiento: Month \_\_ Day \_\_ Year \_\_\_\_

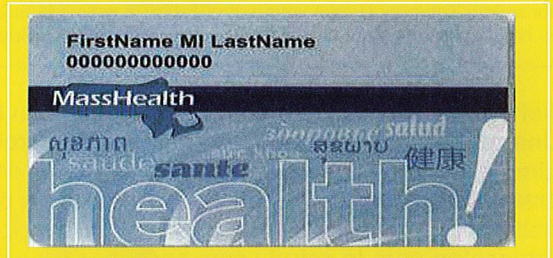
Acepto que la información de salud anterior es correcta. Doy mi consentimiento para que Polished LLC: proporcione exámenes dentales (revise los dientes, la boca y las encías), limpiezas (elimine la placa y otros depósitos), tratamientos con barniz de flúor (para proteger de las caries) y selladores dentales (aplicados a los dientes, cuando sea necesario) prevenir las caries); para confirmar el seguro y facturar a mi seguro por la atención brindada. He leído la Política de HIPAA de Polished LLC (al dorso y en [www.polishedteeth.com](http://www.polishedteeth.com)) y entiendo que puedo solicitar una copia de la política para mis registros. Acepto recibir correos electrónicos o mensajes telefónicos con respecto a la atención de mi hijo. Entiendo que puedo continuar obteniendo cuidado dental a través de cualquier otro proveedor. Acepto que la escuela pueda recibir una copia de un resumen de la atención de mi hijo, si la escuela solicita una copia. Contacto: Ellen Gould RDH MPA Correo electrónico: [ellengould@polishedteeth.com](mailto:ellengould@polishedteeth.com) teléfono o texto (508) 237-5378, correo: POB 936 W. Chatham, MA. 02669

**FIRME AQUI Padre/Tutor:**



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Cumpleaños del niño: \_\_\_\_\_





## Privacy Policy and Description of Services

We are pleased to announce Polished Dntl will be visiting your school. The following services may be provided:

1. **A Dental Hygiene Evaluation:** To check the teeth, mouth, and gums (2 times in the school year)
2. **Dental Cleaning:** To remove plaque and other deposits (2 times in the school year)
3. **Fluoride Varnish Treatment:** Painted on the teeth to protect them from cavities (up to 3 times in the school year)
4. **Sealants:** Placed on the chewing surface of the teeth to prevent cavities (when needed)
5. **Health Education:** To teach children how to care for their teeth (2 times in the school year)

The materials used are the same as those in dental offices. Licensed dentists and/or dental hygienists will provide all of the care listed above. Safety standards include: sterilized instruments, wearing gloves and face masks. All materials are latex free.

**Notice of Privacy Practices Effective: August 20, 2010 Your rights:** You have a right to: Inspect and receive a copy your child's health information, information how your child's health information was disclosed, obtain a paper or electronic copy of this notice, register a complaint: (see File a Complaint), request that we restrict how we use or disclose your child's health information and the use of a specific telephone number or address to communicate with you.

**Our Responsibilities:** To ensure that identifying health information about your child is kept private, to provide notice of our legal duties and privacy practices with respect to health information, to communicate any changes made to current privacy practices.

**File a Complaint:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Secretary of the Department of Health and Human Services: Office of Civil Rights, United States Department of Health and Human Services Government Center JFK Federal Building 1875 Boston, MA 02203 (617) 565-1340 or TDD (617) 565-1348. No action may be taken against you for filing a complaint.

**Use and Disclosure of Information:** We may use health information as follows: 1) documented treatment services may be shared with other healthcare providers involved in meeting a student's oral health needs, and your child's school, if the school so desires, 2) to communicate with family members involved in meeting the student's oral health care needs, 3) to conduct normal business practices and management, 4) to provide payment/billing information about services provided to third parties in order to receive payment, 5) to communicate regarding visits to your child's school by telephone, mail, email or with your child. There are limited times when we are permitted or required to disclose health information without your signed permission. These situations could include but are not limited to: Public Health activities such as tracking diseases or medical data, to protect victims of abuse or neglect, Federal or state health oversight activities such as fraud investigations. When required to do so by Federal, State or local law. Other uses and disclosures not previously described may only be done with your signed authorization. You may revoke your authorization in writing at any time.

If you have questions about this notice, please contact: Ellen Gould, 508-237-5378, polishedcheckin@gmail.com

Polished Dntl ofrece los siguientes servicios en la escuela de su hijo:

1. **Una revision de la higiene dental:** Para comprobar los dientes (2 veces en el ario escolar)
2. **Limpieza dental:** para eliminar la placa y otros depositos (2 veces en el ario escolar)
3. **Tratamiento con fluor:** Pintadas en los dientes para protegerlos de las caries (3 veces al ario )
4. **Sellantes:** Situado en la superficie de masticacion de los dientes para prevenir las caries ( cuando sea necesario )
5. **Educacion para la salud :** para enseriar a los nriros como cuidar sus dientes (2 veces en el ario escolar)

Los materiales utilizados son los mismos que aquellos en los consultorios dentales . Dentistas licenciados y / o higienistas dentales proporcionan toda la atencion. Utilizamos las normas de seguridad para la esterilizacion de los instrumentos, y usar guantes y mascararas. Todos los materiales estan libres de latex.

**Aviso de prácticas de privacidad vigente: 20 de agosto de 2010 Sus derechos:** Usted tiene derecho a: inspeccionar y recibir una copia de la información de salud de su hijo, información sobre cómo se divulgó la información de salud de su hijo, obtener una copia en papel o electrónica de este aviso, registrar un queja: (vea Archivar una queja), solicite que restrinjamos la forma en que usamos o divulgamos la información de salud de su hijo y el uso de un número de teléfono o dirección específicos para comunicarnos con usted.

**Nuestras responsabilidades:** garantizar que la identificación de la información de salud de su hijo se mantenga privada, proporcionar un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud, para comunicar cualquier cambio realizado a las prácticas de privacidad actuales.

**Presente una queja:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Oficina de Derechos Civiles, Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos del Departamento de Estados Unidos JFK Federal Building 1875 Boston, MA 02203 (617) 565-1340 o TDD (617) 565-1348. No se puede tomar ninguna acción en su contra por presentar una queja.

**Uso y divulgación de la información:** Podemos utilizar la información médica de la siguiente manera: 1) los servicios de tratamiento documentados pueden compartirse con otros proveedores de atención médica involucrados en satisfacer las necesidades de salud bucal del alumno, y la escuela de su hijo, si la escuela así lo desea, 2) comunicarse con los miembros de la familia involucrados en satisfacer las necesidades de atención bucal del estudiante, 3) llevar a cabo las prácticas comerciales normales y la gestión, 4) proporcionar información de pago / facturación sobre los servicios prestados a terceros para recibir el pago, 5) comunicar con respecto a las visitas a la escuela de su hijo por teléfono, correo postal, correo electrónico o con su hijo. Hay momentos limitados en los que se nos permite o se requiere divulgar información médica sin su permiso firmado. Estas situaciones podrían incluir pero no están limitadas a: actividades de salud pública, como el seguimiento de enfermedades o datos médicos, para proteger a las víctimas de abuso o negligencia, actividades de supervisión de salud federales o estatales, como investigaciones de fraude. Cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local. Otros usos y divulgaciones no descritos anteriormente solo pueden realizarse con su autorización firmada. Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con: Ellen Gould, 508-237-5378, polishedcheckin @ gmail.com