






# ForsythKids Oral Health (Dental) Program

Para español, ver al otro lado.

\*\* Consents are available in **other languages**: Please contact Forsyth or your school nurse for help. \*\*





The ForsythKids Oral Health (Dental) Program helps keep children and teens healthy by bringing dental care right to where they live and learn. Our team of licensed dental professionals travels to schools and community sites to provide preventive dental care. Please review this packet about our school-based dental program and fill out the enrollment page if you would like to enroll your child.

## We offer the following services up to 3 times each school year:

-  **Dental Exams:** Check-up of your child's teeth and gums
-  **Teeth Cleaning:** Cleaning of your child's teeth and gums
-  **Fluoride Application:** Fluoride is applied to make teeth stronger and to help prevent cavities
-  **Oral Health Education & Nutritional Counseling:** We teach your child about healthy eating and proper brushing/flossing so they can keep their mouth healthy
-  **Take-Home Report:** This report includes a list of the services our team provided and potential problems we saw



## When necessary, we also provide the following services:

-  **Dental Sealants:** Protective coatings may be placed on your child's back teeth to help prevent cavities
-  **Dental X-Rays:** Images may be taken to help identify cavities and/or other dental issues
-  **Silver Diamine Fluoride (SDF) Treatment:** A treatment that helps stop a cavity from growing may be available (see last page for more information).
-  **Follow-Up Assistance:** Our Patient Advocate will reach out to you if follow-up care is required. They can help connect you to a local dentist if you do not already have one.

## More information about ForsythKids:

- ❖ ForsythKids is a Non-Profit program. Forsyth will bill your dental insurance if you have it, but we will not charge you or send a bill for the services provided if you enroll your child.
- ❖ ForsythKids services do not replace a visit to the dental office. This program is intended for children who do not regularly receive dental care. If your child sees a dentist regularly, we do not recommend enrolling them in this program.
- ❖ Once you enroll your child in the program, your child will continue to receive care for the entire time they are enrolled at this school. Please email us at [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org) if you wish to withdraw your child.

**Notice of Privacy Practices: Please see the enclosed information.** Forsyth follows federal and state guidelines for protecting patient information. As part of the program, your child's dental information will be shared with the school nurse and/or other designated official(s). You will receive a written report of the dental services provided following each Forsyth visit. You may request a copy of your child's dental records at any time in writing via email at [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org). We may contact you directly about your child's dental health.

\*\* KEEP FOR YOUR RECORDS \*\*

Last revision: Aug. 2022






The Forsyth Institute  
245 First Street, Cambridge, MA  
[forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org)



# ForsythKids Programa de Salud Bucal (Dental)





El Programa de Salud Bucal (Dental) de ForsythKids ayuda a mantener saludables a los niños y adolescentes al llevar la atención dental directamente al lugar donde viven y aprenden. Nuestro equipo de profesionales dentales autorizados viajan a escuelas y lugares comunitarios para brindar tratamiento dental preventivo. Revise este paquete sobre nuestro programa dental basado en la escuela y complete la página de inscripción si desea inscribir a su hijo.

## Ofrecemos los siguientes servicios hasta 3 veces cada año escolar:

-  **Exámenes dentales:** Revisión de los dientes y las encías de su hijo
-  **Limpieza dental:** Limpieza de los dientes y las encías de su hijo
-  **Aplicación de fluoruro:** El fluoruro se aplica para fortalecer los dientes y ayudar a prevenir las caries
-  **Educación sobre salud bucal y consejo nutricional:** Enseñamos a tu hijo sobre la alimentación saludable y cepillarse los dientes /uso de hilo dental para mantener una boca saludable
-  **Informe para llevar a casa:** Este informe incluye una lista de los servicios que nosotros brindó y los posibles problemas que vimos



## Cuando sea necesario, también brindamos los siguientes servicios:

-  **Selladores dentales:** Recubrimientos protectores para los dientes de atrás (las muelas) se puede poner para ayudar a protegerlos de las caries
-  **Radiografías dentales:** Se pueden tomar imágenes para ayudar identificar caries y otros problemas dentales
-  **Tratamiento con fluoruro diamino de plata (FDP):** Un tratamiento que ayuda a detener el crecimiento de una cavidad puede estar disponible (consulte la última página para más información).
-  **Asistencia de seguimiento:** Nuestro Defensor del Paciente se comunicará con usted si se requiere atención de seguimiento. Pueden ayudarlo a conectarse con un dentista local si aún no tiene uno.

## Más información sobre ForsythKids:

- ❖ ForsythKids es un programa sin fines de lucro. Forsyth facturará su seguro dental si lo tienes, pero nosotros no le cobraremos ni le enviaremos una factura por los servicios prestados si inscribe a su hijo.
- ❖ Los servicios de ForsythKids no reemplazan una visita al consultorio dental. Este programa está destinado para niños que no reciben atención dental regularmente. Si su hijo tiene un dentista al que ve regularmente, no recomendamos que lo inscriba en este programa.
- ❖ Cuando inscriba a su hijo en el programa, su hijo continuará recibiendo atención para todo el tiempo que están matriculados en esta escuela. Envíenos un correo electrónico a [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org) si desea retirar a su hijo.

**Notificación de las prácticas de privacidad:** Por favor, consulte la información adjunta. Forsyth cumple las directrices del gobierno federal y estatal para proteger la información del paciente. Como parte del programa, la información dental de su niño será compartida con la enfermera de la escuela y/u otros funcionarios designados. Usted recibirá un informe por escrito de los servicios dentales provistos luego de cada visita a Forsyth. Usted puede solicitar una copia de los registros dentales de su niño en cualquier momento, por escrito por correo electrónico a [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org). Nosotros nos podremos comunicar directamente con usted sobre la salud dental de su niño.

\*\* CONSERVE PARA SUS REGISTROS \*\*

Última revisión: Agosto de 2022

The Forsyth Institute  
245 First Street, Cambridge, MA  
[forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org)



# Forsyth Kids&Teens

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective: August 1, 2016

This Notice describes how medical information about ForsythKids' patients may be used, disclosed and accessed. ForsythKids is required by law to provide this notice. Please review it carefully. If you have questions or would like further information about this notice, please contact ForsythKids at (617) 892-8323 or [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org).

### **Patient Privacy Pledge**

This notice applies to all staff who work in the ForsythKids Program. ForsythKids will protect the confidentiality of its patients' health information in compliance with all applicable federal and state guidelines.

### **Your Health Information**

This notice applies to the information and records that ForsythKids has about its patients and their health, health status and health care services they may receive from ForsythKids. Such health information may include information created and received by ForsythKids, may be in the form of electronic or written records or spoken words, and may include information about a patient's health history, health status, symptoms, examinations, test results, diagnoses, treatments, procedures, prescriptions, related billing activity and similar types of health-related information.

### **Use and Disclosure of Health Information**

ForsythKids may use and disclose its patients' health information for the following purposes:

- Provide medical treatment or services, as well as disclose to their other healthcare providers to coordinate health care;
- Communicate with family members of minor patients to address such patients' health care needs;
- Obtain prior approval or determine whether a patients' health plan provider will pay for a treatment;
- Bill and receive payment for treatment and services provided to its patients; and
- Conduct normal business of ForsythKids and ensure that all of its patients receive quality care.

ForsythKids will not disclose its patients' health information without their written authorization for any purpose other than those listed above or in the situations listed below:

- Public Health activities such as tracking diseases or medical data;
- Protecting victims of abuse or neglect;
- Federal or state health oversight activities such as fraud investigations; or
- When required to do so by federal, state or local law.

### **Patients' Rights Regarding Their Health Information**

ForsythKids patients have the right to request in writing the following health information maintained by ForsythKids:

- That ForsythKids restrict or limit how ForsythKids uses or discloses their health information for treatment, payment or health care operations;
- Inspect and copy their health information;
- That their health information be amended if it is incorrect or incomplete;
- List of all disclosures made by ForsythKids of their health information;
- That ForsythKids communicate with them in a certain way or at a certain location; and
- Paper or electronic copy of this notice.

*All written requests to ForsythKids may be sent at any time via email [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org) or by mail to The Forsyth Institute 245 First St Cambridge, MA 02142.*

### **File A Complaint**

Any ForsythKids patient or his/her legal guardian who believes that his or her privacy rights have been violated may file a complaint with the ForsythKids Patient Advocate, Kathy Eklund, Telephone: 617-851-2920; email: [keklund@forsyth.org](mailto:keklund@forsyth.org) or with the New England Regional Manager Office for Civil Rights U.S. Department of Health and Human Services Government Center J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875, Boston, MA 02203.

Customer Response Center: (800) 368-1019, FAX: (202) 619-3818, TDD: (800) 537-7697.

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

No Patient of Forsythkids or his/her legal guardian will be penalized for filling a complaint.

# ForsythKids

## NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Vigencia: 1.º de agosto de 2016

Esta Notificación describe cómo se puede usar, divulgar y acceder a la información sobre los pacientes de ForsythKids. La ley requiere que ForsythKids entregue esta notificación. Por favor, léala detenidamente. Si tiene preguntas o desea información adicional sobre esta notificación, por favor comuníquese con ForsythKids al (617) 892-8323 o [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org).

### **Garantía de privacidad al paciente**

Esta notificación se aplica a todo el personal que trabaja en el Programa ForsythKids. ForsythKids protegerá la confidencialidad de la información médica de sus pacientes en cumplimiento de todas las directrices del gobierno federal y estatal.

### **Su información médica**

Esta notificación se aplica a la información y los registros que ForsythKids tiene sobre sus pacientes y su salud, estado de salud y servicios de atención de la salud que pudieran recibir de ForsythKids. Dicha información médica puede incluir información creada y recibida por ForsythKids, podría existir como registros electrónicos o escritos o palabras grabadas y pueden incluir información sobre una historia clínica del paciente, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividad de facturación relacionada y tipos similares de información relacionada con la salud.

### **Uso y entrega de la información médica**

ForsythKids puede usar y entregar la información médica de sus pacientes con los siguientes propósitos:

- Proveer tratamiento o servicios médicos, así como informar a otros proveedores de atención de la salud para coordinar la atención;
- Comunicarse con miembros de la familia de pacientes menores para atender las necesidades de atención de la salud de dichos pacientes;
- Obtener aprobación previa o determinar si el proveedor del plan médico de un paciente pagará un tratamiento;
- Facturar y recibir pagos por el tratamiento y los servicios provistos a sus pacientes; y
- Realizar tareas normales de ForsythKids y asegurar que todos sus pacientes reciben una atención de calidad.

ForsythKids no entregará la información médica de sus pacientes sin su autorización por escrito con cualquier propósito que no sean los listados anteriormente o en las situaciones listadas más abajo:

- Actividades de salud pública tales como seguir enfermedades o datos médicos;
- Proteger a víctimas de abuso o negligencia;
- Actividades de supervisión médica del gobierno federal o del estado tales como investigaciones del fraude; o
- Cuando la ley federal, estatal o local requiere lo requiera.

### **Derechos de los pacientes sobre su información médica**

Los pacientes de ForsythKids tienen el derecho a solicitar por escrito la siguiente información médica mantenida por ForsythKids:

- Que ForsythKids restrinja o limite cómo usar o entrega ForsythKids su información médica para el tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud;
- Inspeccionar y copiar su información médica;
- Que su información médica sea enmendada si no es correcta o está completa;
- Liste todas las entregas hechas por ForsythKids de su información médica;
- Que ForsythKids se comuniquen con ellos de cierta manera o en cierto lugar; y
- Una copia impresa o electrónica de esta notificación.

*Todos los pedidos por escrito a ForsythKids pueden ser enviados en cualquier momento por correo electrónico a [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org) o por correo a The Forsyth Institute 245 First St Cambridge, MA 02142.*

### **Presentar una queja**

Cualquier paciente de ForsythKids o su tutor legal que piensa que se han violado sus derechos a la privacidad puede presentar una queja ante ForsythKids Patient Advocate, Kathy Eklund, Telephone: 617-851-2920; email: [keklund@forsyth.org](mailto:keklund@forsyth.org) o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en: U.S. Department of Health and Human Services, Government Center, J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875, Boston, MA 02203.

Teléfono: (800) 368-1019 • FAX: (617) 565-3809 TDD: (800) 537-7697. <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Ningún paciente de ForsythKids o su tutor legal serán sancionados por presentar una queja.

# ForsythKids School Oral Health (Dental) Program Consent Form

Please fill out this form if you would like your child to be seen by the ForsythKids Oral Health Program at school.

## CHILD'S INFORMATION

Child's First Name: \_\_\_\_\_

Child's Last Name: \_\_\_\_\_

Gender: Male Female Other: \_\_\_\_\_

Date of Birth: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

What language does your child speak best? \_\_\_\_\_

Race/Ethnicity: American Indian / Alaskan Native  
(circle all that apply) Asian  
Black / African American  
Hawaiian/Pacific Islander  
Hispanic  
White  
Other: \_\_\_\_\_

Can we take photos/videos of your child during a ForsythKids dental visit at school? Yes No

## CHILD'S SCHOOL INFORMATION

School Name: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ Room #: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

## CHILD'S HEALTH / MEDICAL INFORMATION

Does your child have any **medical condition(s)**? (circle answers)

NONE	Diabetes	Immunocompromised
ADD/ADHD	Disabilities	Kidney Disease
Asthma	Epilepsy	Liver Disease
Autism	Heart Disease	Seizures
Blood Disorder	Hepatitis (A/B/C)	Special Needs
Cancer	HIV/AIDS	Tuberculosis
Other:	_____	

Does your child have any **allergies**? (circle answers)

NONE	Antibiotics	Dairy
Latex	Penicillin	Foods
Metals / Silver	Dyes	Nuts/Tree Nuts
Other:	_____	

Does your child take any **medication(s)**? (circle answers)

NONE YES - please list them below

Name of medications: \_\_\_\_\_

## CHILD'S DENTAL INFORMATION

Does your child have a local dentist? Yes No

Does your child see the dentist every year? Yes No

Date of last dental check up: Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

Does your child need to take antibiotics before dental treatment? Yes No If yes, why: \_\_\_\_\_

Do you help your child brush their teeth? Yes No

Can you get dental supplies when you need them? Yes No

Does your child drink water from the sink/faucet? Yes No

Does your child drink soda? Everyday Sometimes No

Does your child drink juice? Everyday Sometimes No

Please tell us about your child's dental experiences:

\_\_\_\_\_

Does your child have **MassHealth**? Yes No

If yes, MassHealth #: \_\_\_\_\_



Does your child have **other dental insurance**? Yes No

If yes, Insurance Name: \_\_\_\_\_

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

Subscriber ID #: \_\_\_\_\_

Subscriber Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PARENT / GUARDIAN INFORMATION

Parent/Guardian First Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Last Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

Apt #: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone Number: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Can we call you? Yes No Can we text you? Yes No

Email: \_\_\_\_\_

What language is best for you? \_\_\_\_\_

Would you like to hear about Forsyth research

opportunities? (Your answer will not impact your child's care.)

Yes No

I agree that the above information is correct and have read the program description on the information page. I authorize Forsyth to release my information, including diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to me during the period of such dental care, as needed to third party payors and/or health practitioners. I understand that Forsyth bills my dental insurance for the dental services provided. I received the *ForsythKids Notices of Privacy Practices*. I understand that I may withdraw my child from the program at any time via email to [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org). I understand that my child can receive care using this signed consent form for the duration of my child's enrollment at the school/site.

Signature of Parent / Guardian : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Formulario de Consentimiento del Programa de Salud Oral (Dental) de ForsythKids

Complete este formulario si desea que su hijo sea visto por el Programa de Salud Oral ForsythKids en la escuela.

## INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Apellido del niño: \_\_\_\_\_

Género: Masculino Femenino Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Qué idioma habla mejor su hijo? \_\_\_\_\_

Raza/Etnia: Indio Americano / Nativo de Alaska

( *círcula todos* Asiático

lo que aplican ) Negro / Afroamericano

Hawaiano/Isleño del Pacífico

Hispánico

Blanco

Otro: \_\_\_\_\_

¿Podemos tomar fotos / videos de su hijo durante la visita dental de ForsythKids en la escuela? Sí No

## INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DEL NIÑO

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_ Sala #: \_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

## SALUD DEL NIÑO / INFORMACIÓN MÉDICA

¿Su hijo tiene alguna **condición médica**? (*círcula la respuesta*)

NINGUNO Diabetes Trastorno inmunológico

TDA/TDAH Discapacidades Enfermedad renal

Asma Epilepsia Enfermedad hepática

Autismo Enfermedad cardíaca Convulsiones

Trastornos sanguíneos Hepatitis (A/B/C) Necesidades especiales

Cáncer VIH/SIDA Tuberculosis

Otro: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna **alergia**? (*círcula la respuesta*)

NINGUNO Antibióticos Productos lácteos

Látex Penicilina Alimentos

Metales /Plata Tintes Nueces/Nueces de árbol

Otro: \_\_\_\_\_

¿Su hijo toma algún **medicamento(s)**? (*círcula la respuesta*)

NINGUNO SI - por favor enumere los medicamentos

Nombre de los medicamentos: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DENTAL DEL NIÑO

¿Su hijo tiene un dentista local? Sí No

¿Su hijo ve al dentista todos los años? Sí No

Fecha del último chequeo dental: Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita tomar antibióticos antes de la **tratamiento dental**? Sí No *Si es sí, por qué?:* \_\_\_\_\_

¿Ayuda a su hijo a cepillarse los dientes? Sí No

¿Puedes conseguir suministros dentales cuando la necesitas? Sí No

¿Su hijo bebe agua del fregadero/grifo? Sí No

¿Su hijo bebe refrescos? Todos los días A veces No

¿Su hijo bebe jugo? Todos los días A veces No

Por favor, cuéntenos sobre las experiencias dentales de su hijo: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene **MassHealth**? Sí No

MassHealth #: \_\_\_\_\_



¿Su hijo tiene **otro seguro dental**? Sí No

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

ID de suscriptor #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTORES

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Apellido del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apto #: \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

¿Podemos llamarte? Sí No

¿Podemos enviarle un mensaje de texto? Sí No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma es el mejor para ti? \_\_\_\_\_

¿Te gustaría saber sobre las **oportunidades de investigación de Forsyth**? (*Su respuesta no afectará el cuidado de su hijo*).

Sí No

Acuerdo en que la información anterior es correcta y he leído la descripción del programa en la página de información. Autorizo a Forsyth a entregar mi información incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me haya hecho durante el período de dicha atención dental a terceros pagadores y / o practicantes de la salud. Entiendo que Forsyth factura a mi seguro dental por los servicios dentales provistos. He recibido la *Notificación de las prácticas de privacidad de ForsythKids*. Entiendo que puedo retirar a mi hijo del programa en cualquier momento enviando un mensaje electrónico a [forsythkids@forsyth.org](mailto:forsythkids@forsyth.org). Entiendo que mi hijo puede recibir atención usando este formulario de consentimiento firmado durante la duración de la inscripción de mi hijo en la escuela/sitio.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_