

TOOTH  
TAXI



Queridos padres:

El taxi dental estara en Escuela Primaria Edwards, ubicado en 715 East 8th Street, Newberg, durante la semana del 13 al 17 de marzo. El Taxi dental es un examen dental completamente gratuito para cualquier estudiante del Distrito Escolar de Newberg. Para que su hijo/a reciba tratamiento, los siguientes formularios deben ser completados y devueltos a la escuela de su estudiante antes del 3 de marzo de 2017.

El lunes 13 de marzo, cada niño que devolvio su formulario recibirá un examen gratuito. Si su estudiante necesita atención dental adicional, el niño tendrá que regresar para una cita que se programará entre el 15 y 17 de marzo. Los padres son responsables del transporte a Edwards.

Para cualquier pregunta por favor llame a la Enfermera del Distrito Escolar de Newberg, Annie Berger al 503-554-5363.

Pare español 503-554-4701 o 503-554-5019

TOOTH  
TAXI



**Fundación Dental de Oregon  
Formulario para el Taxi de los Dientes**

Para que su niño reciba atención dental por la Fundación Dental de Oregon el Taxi de los Dientes los siguientes formularios deben ser llenados y regresarlos

a (nombre) su escuela para el día (fecha) 3 de marzo.

Nombre del Formulario - regresarlos a escuela	Lista de chequeo
Autorización para el tratamiento-medicación y consentimiento fotográfico	
Información del Paciente ( Historia medica y dental)	
Conocimiento de haber recibido la cláusula de privacidad y autorización para dar información de salud protegida	

Los siguientes formularios que reciba usted debe conservarlos para su información y no ser devueltos a la escuela:

Nombre del Formulario - no ser devueltos a la escuela
Información del acceso y exhibición de la información de salud
Derechos de los padres e información, Responsabilidades del pacientes , y Riesgos del paciente.

**POR FAVOR REGRESE ESTA LISTA DE CHEQUEO CON LOS FORMULARIOS REQUERIDOS.**

## Fundación Dental de Oregon- Taxi de los Dientes Autorización para tratamiento y consentimiento

Yo, \_\_\_\_\_, como el responsable legal de \_\_\_\_\_  
(nombre del padre o guardian legal) (nombre del niño)

Autorizo y solicito la ejecución de los servicios dentales para mi niño. authorize and request the performance of dental services for child. Este tratamiento podrá consistir en radiografías dentales, diagnóstico, aplicación de fluor tópico y otro tipo de restauraciones, extracciones y ortodoncia preventiva que sean recomendados por los dentistas del Taxi de los Dientes. Yo entiendo que los dentistas del Taxi de los Dientes usaran tratamiento restaurativo y manejo de comportamiento razonable y necesario. El que podrá incluir anestésicos locales y óxido nítrico.

Doy mi consentimiento a que el dentista puede administrar medicamentos a mi hijo como apropiado y necesario basado en el tratamiento. Medicamentos: paracetamol o el ibuprofeno, por dosis estándar para la edad. Si una infección está presente el dentista puede dispensar antibiótico amoxicilina o clindamicina antes del tratamiento dental.

Yo Autorizo que mi niño pueda recibir servicios dentales administrados por el Taxi de los Dientes, y autorizo que sus dentistas y otros agentes y empleados proporcionen información referente al caso clínico de mi Niño, examen dentales, registros escritos ( y fotografías adjuntas) en relación al examen dental y resultados del examen a empleados del Taxi de los Dientes y/o a organismos autorizados. Un Organismo autorizado es uno aprobado por programa del Taxi de los Dientes y la Fundación Dental de Oregon.

Yo doy consentimiento y autorizo a la Fundación Dental de Oregon programa Taxi de los Dientes que archive y colecte devolución al seguro Medicaid y OHP por los servicios prestados, en condados donde ODS es aceptado por un proveedor de OHP. También certifico que entiendo y estoy de acuerdo con lo descrito arriba.

Es usted el guardián legal de este Niño?	SI	NO
Usted puede firmar para tratamiento médico?	Si	NO
Ha sido informado de los riesgos del tratamiento dental	Si	NO

Nombre del Padre/guardián legal \_\_\_\_\_  
(Por favor imprima)

Relación con el niño \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Después de citas Escuela: Diente personal Taxi puede ser capaz de proporcionar las citas después de la escuela. ¿Eres capaz de proporcionar el transporte para su hijo para una cita después de la escuela?

\_\_\_ Si \_\_\_ No. En caso afirmativo, proporcionar información de contacto. Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_



### Consentimiento Para fotografías y Uso (Opcional)

Yo autorizo que se usen fotografías, video o audio para registrar a mi Niño o a mí para promoción del programa, que incluya promoción escrita, fotográfica, audio, video y Web. Yo estoy también de acuerdo que cualquier material escrito de conexión entre el Taxi de los Dientes ( incluyendo correspondencia de nuestra familia a la Fundación Dental de Oregon, Taxi de los Dientes) puede ser usada en materiales de promoción.

Firma del Padre/guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Fundación Dental de Oregon- Taxi de los Dientes Formulario de Información del Paciente

Por favor **complete** este formulario. Si tienen preguntas contacte al coordinador de su escuela.

Este formulario es de 2 paginas

Nombre completo del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_  
 Sobrenombre \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Representante Legal \_\_\_\_\_  
 Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo (circulo) M F  
 Asiste a Head Start?  Si  No Primera visita dental en el 1er ano.  
 Dirección \_\_\_\_\_  
     Calle/ P.O. Box casilla \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: Casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
               Cel ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
**Contacto de Emergencia:** Persona a contactar en caso de emergencia  
 Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
**Raza:** Cual de las siguientes razas representa mejor al paciente?  
     Blanca      Negra o descendencia Africana      Hispana      Asiática      Indio Americano  
     Otro \_\_\_\_\_  
**Ingresos:** Cual de los siguientes representa mejor el ingreso anual de su casa? (haga un circulo)  
     Menos de \$10,000      \$10,000-20,000      \$20,000-30,000      Más de \$30,000  
**Tamaño de la casa:** Cuantos niños menores de 21 años viven en su casa? \_\_\_\_\_

Historia Dental	Si	No	Explique
Es esta la primera visita al dentista?			
Si no es, hace cuanto fue su última vez que visito al dentista?			
El paciente tiene que viajar más de 60 millas para su cita dental?			
Ha tenido el paciente experiencias negativas en una oficina dental o medica?			Si es si, explique
Se cepilla el paciente los dientes diariamente?			Si es si, cual es la frecuencia?
El Paciente usa seda dental?			Si es si, cual es la frecuencia?
El Paciente consume bebidas gaseosas o otra bebida rica en azúcar diariamente? (Kool-aid, jugo fruta, Gatorade, jugos deportivos)?			Cuanto consume al DIA?
El Paciente consume leche diariamente?			Cuantas veces al día?
Por causa de dolor dental, el paciente ha faltado a la escuela y/o usted faltó al trabajo?			Si es si, cuantas veces?
El Paciente ha visitado al sala de urgencias por dolor bucal dentro del año pasado?			Si es si, cuantas veces?

**Razón de la visita:** marque las que correspondan (✓)

- Primer Examen     
  Accidente dental     
  Examen de rutina     
  Otro (explique) \_\_\_\_\_  
 Dolor de dientes     
  Sangramiento dental     
  No pudo alcanzar el dinero \_\_\_\_\_  
 Dolor bucal general/ Inflamación de la cara     
  Apariencia de los dientes     
  No pudo lograr una cita en otro sitio

Este formulario es de 2 paginas

## Historia Médica

Este formulario es de 2 paginas

Nombre del Doctor tratante \_\_\_\_\_ Nombre del dentista actual o pasado \_\_\_\_\_

Historia Medica	Si	No	Por favor explique las respuestas "Si"
Tiene el paciente alguna condición médica actual?			
El paciente ha sido diagnosticado con autismo?			
Esta el paciente tomando medicamentos?			
Ha sido el paciente hospitalizado o ha tenido alguna cirugía?			
Tiene el paciente alguna alergia?			
Tiene el paciente alergia a medicamentos?			
Esta el paciente con sus vacunas al día en contra DPT (difteria, tétano, tos ferina) polio, sarampión, paperas y rubéola?			
Tiene el paciente fuma o utiliza cualquier tipo de productos de tabaco?			
Tiene el paciente algún tipo de necesidad especial que requiera cuidado dental especial?			

**Ha tenido la paciente alguna de las siguientes enfermedades o alguna dificultades? Marque la que corresponda (✓)**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex              | <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Mono  |
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH                      | <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Desmayo               | <input type="checkbox"/> Paperas   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones        | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga    | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática  |
| <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo         | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Problemas al corazón  | <input type="checkbox"/> Desordenes gástricos/Intestinales                                     |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído crónicas  | <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> Infecciones oculares crónicas | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral     | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal      | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales           | <input type="checkbox"/> varicela               | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática   | <b>Para uso radiográfico:</b><br><input type="checkbox"/> Podría estar el paciente embarazado? |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta             | <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Sarampión             |  |

Por favor explique las respuestas "si": \_\_\_\_\_

Problemas de conducta	Por favor explique si la respuesta es "si"
Hay algo con respecto a la conducta de su niño que deberíamos saber para proveer un adecuado cuidado dental a su niño/a? ___ SI ___ No	

**Aseguranza:** Tiene cobertura dental del Plan de Salud de Oregon? \_\_\_ SI \_\_\_ No Numero de ID \_\_\_\_\_

Circule su plan dental con el Plan de salud de Oregon (OHP) y provea una copia del Medical que tenga su numero de identificación (ID), CCO y su proveedor dental:

Access Advantage Capitol Care Oregon Family Dental Managed Care ODS Willamette  
 Su niño tiene cobertura con The Children's Program? \_\_\_ SI \_\_\_ No Numero de ID \_\_\_\_\_  
 (Provia una copia de la carta de enrollamiento con el numero do ID)

Tiene seguro dental privado? \_\_\_ SI \_\_\_ No Si la respuesta es si, por favor complete lo siguiente con la tarjeta del seguro dental.  
 Nombre del seguro dental: \_\_\_\_\_

Direccion del seguro dental: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Empleador:: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este formulario es de 2 paginas

# Autorizacion para liberar informacion de salud protegida

Al firmar este documento, usted esta dando permiso a la Fundacion Dental de Oregon Taxi de los Dientes a dar o recibir de otros proveedores de salud y agencias infantiles los archivos de salud de su hijo. Estos archivos podran ser dados a otro dentista, especialista dental, u otro proveedor de salud para otorgar el mejor cuidado para su hijo que el equipo de el taxi de los dientes recomiende para continuar el tratamiento de du hijo. La informacion podra ser compartida con otra agencia que su hijo este afiliado ( como la escuela, Head Start, etc.) para propósitos de registro.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Yo autorizo:

Dental Foundation of Oregon- Tooth Taxi/ Fundacion dental de Oregon Taxi de los Dientes

PO Box 2448

Wilsonville OR 97070-2448

A recibir de o entregar a el proveedor de salud apropiado o agencia, los registros de mi hijo para facilitar sus necesidades de salud y tratamiento.

Nombre de padre/ responsable legal \_\_\_\_\_

(porfavor imprima)



Firma de padre/ representante legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si hay agencias o proveedores que usted NO quiera que se entregue o reciba informacion por favor escriba aca:

\_\_\_\_\_

## HIPAA Reconocimiento de recibir el aviso de practica de privacidad

\*Ud puede rehusar a firmar este reconocimiento

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
(padre o responsable legal)

He recibido una copia del aviso de practica de privacidad de la Fundacion dental de Oregon El Taxi de los dientes.



Firma de padre/representante legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Para uso de oficina:**\*Nosotros intentamos obtener un reconocimiento por escrito de haber recibido el aviso de practica de privacidad, pero este no fue obtenido debido a: \_\_El individuo re rehuso a firmar, \_\_Barreras comunicacionales impidieron la obtencion de este,\_\_ Una situacion de emergencia nos impidio obtener el aviso, \_\_Otro (Porfavor especifique)

# Fundación Dental de Oregon- Taxi de los Dientes

---

## **Derechos del paciente e Información**

Cada paciente tendrá el derecho a:

1. Ser tratado con respeto y dignidad
2. Tratamiento el cual es libre de discriminación en base a raza, color, religión, inhabilidad u orientación sexual
3. Tratamiento seguro y eficiente
4. Tratamiento que cumpla el estándar de nuestra profesión
5. Expresar sus sentimientos personales de forma verbal o escrita.
6. Información que concierne su diagnostico, y el plan de tratamiento para sus necesidades.
7. Obtener información de las relaciones del centro con otros profesionales y otros centros médicos, respecto a su cuidado.
8. Esperar confidencialidad en las comunicaciones de sus registros respecto a su tratamiento dental.
9. La información necesaria para dar un consentimiento para el tratamiento.

## **Responsabilidades del Paciente**

Cada paciente/ Padre/ representante legal debe ser responsable de lo siguiente:

1. Completar y devolver la hoja de permiso a la escuela y todos los formularios correspondientes para recibir tratamiento dental.
2. Entregara información correcta y completa para el uso durante su tratamiento en las citas dentales.
3. Mantener las citas y dar aviso al equipo del Taxi de los dientes si no puede asistir.
4. Hacer preguntas cuando el o Ella no entienda algo.
5. Ser respetuoso y considerado hacia el equipo y otros pacientes que sean tratados por la Fundación Dental de Oregon Taxi de los Dientes.
6. Si por sus propias acciones, rechacen tratamiento, o por no seguir instrucciones dadas por el quipo dental.
7. Proveer transporte responsable y asistencia si se requiera.
8. Seguir todas las políticas y procedimientos del Taxi de los Dientes.

## **Riesgos del Paciente**

Los riesgos de los procedimientos dentales son generalmente mínimos. Dentro de los riesgos se incluye la reacción a la anestesia, sangramiento e infección. El sistema radiográfico que el Taxi de los Dientes usa minimiza la exposición radiográfica comparada a un sistema radiográfico convencional. Creando imagines digitales que reducen la exposición radiográfica. Si es que hubieran riesgos potenciales adicionales, el dentista tratante contactare al padre/ representante legal y/o paciente. Si tiene mas preguntas respecto a los riesgos, por favor contacte al taxi de los Dientes antes de la próxima cita de su niño.

**Este aviso describe como su informacion de salud puede ser usada, revelada y como usted puede obtener acceso a esta informacion**

**Porfavor revise con cuidado. La privacidad de su informacion de salud es importante para nosotros**

**Nuestro deber legal**

Se nos requiere por la ley federal y estatal a mantener la privacidad de us informacion de salud. Tambien se nos pide que le demos a usted este aviso de practica de provacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos respecto a su informacion de salud. Debemos seguir la practica de privacidad que se describe en este documento mientras este efectivo. Este documento es efectivo el 4 de septiembre, 2008 y seguira efectivo hasta que se reemplace.

Mantenemos el derecho a cambiar la practica de privacidad y los terminos de este documento en cualquier tiempo, el realizar estos cambios son permitidos por ley. Ademas, podremos hacer los cambios en nuestra practica de privacidad y los nuevos terminos de nuestro aviso efectivo para toda la informacion de salud que nosotros mantenemos, incluida la informacion de salud que hemos creado o la que hemos recibido antes de los cambios. Antes de hacer cambios significativos en nuestra practica de privacidad, cambiaremos este documento y este Nuevo documento estara disponible por peticion.

Usted podra solicitar una copia de esta noticia en cualquier momento. Para mas informacion sobre nuestra procativa de privacidad, o para copias de este documento , por favor contactarse usando la informacion al final de este documento.

**Usos y revelacion de la informacion de salud**

Nosotros usamos y revelamos informacion de salud sobre su tratamiento, pagos y operaciones de salud. Por ejemplo:

**Tratamiento:**

Nosotros podremos usar o reveler su informacion de salud a un medico u otro proveedor de salud que le de a usted tratamiento.

**Pago:**

Nosotros podemos usar o reveler su informacion de salud para obtener pago por los servicios prestados a usted.

**Operaciones de cuidado de salud:**

Nosotros podremos usar y revelar su informacion de salud en coneccion con nuestras operaciones de cuidado de salud. Estas operaciones se salud incluyen calidad de ayuda y mejoramiento de actividades, revisar la competencia o capacidades de los profesionales de salud, evaluar a los practicantes, funciones del proveedor, cerificacion, licencia o actividades de acreditacion.



**Su Autorizacion:**

En sumatoria de su uso de informacion de salud, pago u operaciones de salud, usted nos podra una autorizacion por escrito para usar su informacion de salud o a revelar su informacion a cualquiera por cualquier uso. Si usted nos da su autorizacion, la podra revocar por escrito en cualquier momento. Su revocacion no afectara el uso o revelacion permitida por su sutorizacion mientras fue efectiva. A no ser que nos de una autorizacion por escrito, nosotros no podemos usar o reveler su informacion de salud por otra razon distinta a las antes descritas por este aviso.

**Para su Familia y Amigos:**

Nosotros debemos revelar su informacion de salud a usted, como fue descrita en la seccion de los derechos del paciente en este aviso. Nosotros podremos revelar su informacion de alud a un miembro de su familia, amigo u otra persona que sea necesario para ayudarlo en su cuidado de salud o con el pago de su cuidado de salud, pero solo si usted esta de acuerdo que nosotros podramos hacerlo.

**Personas involucradas en Cuidado:**

Nosotros podremos usar o revelar su informacion de salud para notificar, asistir en la notificacion de (incluido identificacion o localizacion) un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicacion, su condicion general o resultados adversos. Si usted esta presente, antes de usar o revelar su informacion de salud, le daremos a usted una oportunidad para objetar este tipo de usos o revelaciones. En el evento de su incapacidad o circunstancias de emergencia, nosotros revelaremos informacion de salud basada en la determinacion de nuestro juicio professional revelando solo la informacion de salud revelante a el compromise de su cuidado de salud. Nosotros tambien usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con el comun de la practica al hacer inferencias razonables a nuestro mejor interes en permitir que una persona recoja su radiografias u otro tipo de informacion de salud.

**Marketing de servicios de salud relacionados:**

Nosotros no usaremos su informacion de salud para comunicaciones de marketing sin su autorizacion por escrito..

**Requerido por ley:**

Nosotros podremos reveler su infomacion de salud en la extension necesaria para evitar una amenaza hacia su salud o seguridad o de salud o de seguridad a otros, a no ser sugerido por ley.

**Seguridad Nacional:**

Nosotros podremos reveler a autoridades militares la informacion de salud de personal de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Nosotros podremos revelar a oficiales federales autorizados informacion de salud requerida para inteligencia legal, contra inteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Nosotros podremos revelar informacion a instituciones correccionales, o a oficiales de correccion que tengan custodia legal de la informacion legal del prisionero o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:**

Nosotros podremos usar o revelar su informacion de salud al entregar un recordatorio de su cita ( como mensajes de telefono, tarjetas postales o cartas).

**Derechos del paciente:**

**Acceso:** usted tiene el derecho a mirar o pedir copias de su informacion de salud, con algunas excepciones limitadas. Usted podra solicitar que le demos copias en otro formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a no ser que no podamos hacerlo. Usted debera hacer la solicitud por escrito para obtener el acceso a su informacion de salud, usted podra adquirir una solicitud para realizar su pedido contactandose con la informacion de contacto entregada al final de este documento. Nosotros le cobraremos u precio razonable por los gastos ya sean copias y tiempo del personal. Usted tambien podra solicitar acceso al enviar una carta a la direccion que aparece al final de este documento. Contactenos usando la informacion al final de este aviso para obtener un explicacion detallada de nuestros cobros.

**Explicacion de revelacion:**

Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias en donde nosotros o nuestra compania asociada revelara su informacion de salud con propositos distintos a tratamiento, pago, cuidado de salud, y ciertas otras actividades durante el curso de 6 anos, pero no antes de el 4 de septiembre de 2008, ya que esta es la fecha en que el taxi de los dientes inicio sus actividades. Si usted solicita una cuenta de su revelacion de informacion mas de una vez en el periodo de 12 meses, nosotros podremos cobrarle un costo razonable por los requerimientos adicionales.

**Restricciones:**

Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros ubiquemos restricciones adicionales en el uso o revelacion de su informacion de salud. Nosotros no debemos aceptar estas restricciones adicionales, pero si aceptamos, nosotros acataremos nuestro compromiso ( excepto en una emergencia).

**Comunicacion alternativa:**

Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre su informacion de salud por medios alternativos u a direcciones alternativas ( debera solicitar por escrito), su solicitud debe especificar el medio alternativo o direccion, y entregar una explicacion satisfactoria de como seran manejados los pagos mediante este medio alternativo o solicitud de cambio de direccion.

**Enmienda:**

Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros corriamos su informacion de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y debera explicar el por que de corregir la informacion. Nosotros podremos rechazar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

**Noticia electronica:**

SI usted recibe esta noticia por un sitio web o por correo electronico, esta en su derecho a recibir una copia por escrito.

## **Preguntas y reclamos:**

Si usted quiere mas informacion sobre nuestras practicas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contactenos

Si usted esta preocupado que nosotros violamos sus derechos de privacidad, o usted no esta de acuerdo con la decision que hemos hecho respecto al acceso de su informacion de salud o en respuesta a una solicitud que usted a enviado para corregir o restringir el uso y revelacion de su informacion de salud o para que nosotros nos comuniquemos con usted mediante otro medio u otras direcciones, usted podra contactarse usando la informacion de contacto al final de este documento. Usted tambien podra emitir un reclamo por escrito a el departamento de salud y de servicios humanos de estados unidos. Nosotros le daremos la direccion para archivar su reclamo con el departamento de salud y servicios humanos de estados unidos al usted solicitarlo.

Nosotros apoyamos su derecho a privacidad de su informacion de salud. Nosotros no tomaremos represalias si usted decide hacer un reclamo con nosotros o con el departamento de salud y servicios humanos de estados Unidos.

**Este contactenos solamente privacidad. Si tienen preguntas de Tooth Taxi contacte al coordinador de su escuela.**

Oficial de contacto: Nick Gross

Telefono: 503-952-5033

E-Mail: [nick.gross@modahealth.com](mailto:nick.gross@modahealth.com)

Direccion: 601 SW Second Avenue  
Portland, OR 97204