



2020
January
Newsletter

FLANAGAN-CORNELL UNIT 74



FALCON PRIDE!

Happy 2020 to all!

We hope everyone had a great break!

December was filled with lots of fun and exciting events. Well done to all our performers at Madrigals as well as our Grade School and Junior High Winter Programs. You all did an amazing job! The Junior High girls wrapped up their basketball season in the beginning of the month. Congratulations on a great season! The boys are still hard at it and are looking forward to Regionals and Sectionals which will be held here at Flanagan in February. Our High School boys and girls basketball teams have both been busy with game and tournaments throughout the month. We wish you all the best luck in the rest of your seasons!

We look forward to a great 2nd Semester and are excited to have everyone back for another fantastic year of learning!

It's a great day to be a FALCON!

NOVEMBER STUDENTS OF THE MONTH



Left: Grade School Student of the Month, Teagan Rich, nominated by Mrs. Harlan & Ms. Gaspardo

Right: Junior High Student of the Month, Allison Harner, nominated by Ms. Wykes



Pictured to the left are the High School Students of the Month:

Front Row (left to right):

Gavin Winner, Madilyn Sugars, Hattie Koeller, Jacob Gamblin

Back Row (left to right):

Wyatt Zehr, Sam Jones

P.E. ANNOUNCEMENTS

Happy New Year Falcon Fans! Hope everyone had a nice break with family and friends.

Please mark your calendars for these special activities coming up.

SWIM UNIT TENTATIVE DATES:

- 3rd grade - January 21-30 Time 1:30-2:15
- 2nd grade - February 4-13 Time 9:45-10:35
- 1st grade - March 10-19 Time 9:45-10:35
- Kindergarten - April 15-24 Time 1:30-2:15

Any parental help at all will be truly appreciated. K-2 dojo me if you can help or any grandparents, family members, etc. help. 3rd grade can email me at agordon@fc74.org
Thanks in advance for you help!

Attention !! Kids Heart Challenge - Hoops and Jump for Heart Event

Our annual event will be held on Friday, Feb 28 during P.E. Hours. Envelopes /packets will be passed out towards the end of January.

Check out the American Heart Association website to see our new Heart Challenge Characters.

Can you guess which name goes with which heart? Give Mrs. Gordon your responses on a sheet of paper with your name and grade for a prize. I'll accept the top 10 correct responses. Good Luck!

Name: Sunny - A girl

Name: Crush - A boy

Name: Sofie - A girl.

Name: Nico - A boy

Name: Perrie - A girl

Name: Knox - A boy





"Fuel Up with Falcon P.R.I.D.E."

The P.R.I.D.E. Committee will be hosting an event we call "Fuel Up with Falcon P.R.I.D.E." We have students that show their pride on a daily basis, and we want to celebrate with them and their families. Students who have earned perfect attendance, high honor roll, honor roll, Student of the Month winners, or a specific number of PRIDE posts based on their grade level and have not had discipline issues will be invited to a breakfast celebration in the school's cafeteria with their parents/adult supporters.

This event will be held on January 24th. Students being recognized will receive a formal invitation which will require an RSVP.

Be sure to follow our
Falcon P.R.I.D.E. Facebook page!

January 2020

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
			1-No School	2-No School	3-No School	4 8 B BB @ Ransom 12:00/Bus 10:30
5	6-No School Teacher's Institute 7 B BB @ Ransom 6:30/Bus 4:45	7 HS B BB @ Heyworth 5:30/Bus 4:00 7/8 VB vs. Cornerstone 5:30pm	8	9 HS Scholastic Bowl @ Deer Creek 4:30/3:00 7/8 VB @ Lowpoint Washburn 5:30/4:15 5/6 VB vs. EPG 5:30pm	10 5/6 B BB @ Saunemin 7:00/Bus 5:30	11 Youth BB 8-11 am
12	13 7/8 B BB @ Immaculate Concept. (Morris) 5:30/3:30 7/8 VB vs. LeRoy 5:30pm	14 HS B BB @ Tri-Valley 5:30/Bus 4:00 5/6 B BB @ Lexington 5:30/Bus 4:20 JH VB vs. St. Mary's 5:00pm	15 4th, 6th, & 7th Parents Visit	16 4th, 6th, & 7th Parents Visit 7/8 B BB @ Cornell 5:00/Bus 4:10 5/6 B BB @ Ridgeview 5:30/4:20 HS Scholastic Bowl @ Tri-Valley 4:30/3:00 5/6 VB vs. Pontiac 5:30pm	17 SIP Day- 1pm Dismissal HS B BB @ Olympia 5:30/Bus 4:00	18 HS B BB @ El Paso HOIC Tourney TBA
19	20-No School	21 7/8 VB @ Grand Ridge 5:00/3:45 Bus 5/6 VB vs. Deer Creek 5:30pm	22	23 7/8 B BB vs. Fieldcrest 5:30pm HS Scholastic Bowl vs. Ridgeview 4:00pm 7/8 VB vs. Woodland 5:30pm	24	25 JH Scholastic Bowl @ Wallace 8:30/7:15am 5/6 VB vs. Woodland 10:00am
26	27 JH Scholastic Bowl vs. Dwight 4:00pm 5/6 VB vs. Fieldcrest 5:30pm	28 Smile Mobile Dentist JH Scholastic Bowl @ Metcalf 4:00/3:00 JH VB vs. Cornell 5:00pm	29	30 HS Scholastic Bowl @ Fieldcrest 4:30/3:45 JH Scholastic Bowl @ Heyworth 4:00/3:00 7/8 VB @ Odell 5:00/3:50 Bus	31 7/8 VB vs. Roanoke Benson 4:00pm	1 5/6 VB vs. Cornell 9:00am 5/6 VB vs. Roanoke-Benson 11:00am

January

Breakfast Menu

<p>***Meals Subject to Change***</p> <p>Meals include choice of milk: 1% white or Skim Chocolate</p> <p>All breads are whole grain (W/G) rich.</p> <p>This institution is an equal opportunity provider.</p>					<p>2 NO SCHOOL</p>	<p>3 NO SCHOOL</p>
<p>6 NO SCHOOL</p>	<p>7 Muffin Yogurt Peaches</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>8 Biscuits & Gravy Pineapple</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>9 Breakfast Pizza Mandarin Oranges</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>10 Early Risers Mixed Fruit</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>		
<p>13 Waffles Sausage Patty Pears</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>14 Apple Bosco Stick Yogurt Peaches</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>15 Biscuits & Gravy Pineapple</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>16 Breakfast Pizza Mandarin Oranges</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>17 Pancake Sausage Patty Mixed Fruit</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>		
<p>20 NO SCHOOL</p>	<p>21 Breakfast Sliders Peaches</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>22 Biscuits & Gravy Pinapple</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>23 Breakfast Pizza Mandarin Oranges</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>24 Banana Split Breakfast Mixed Fruit</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>		
<p>27 Lumberjack Pears</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>28 Donut Yogurt Peaches</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>29 Biscuits & Gravy Pinapple</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>30 Breakfast Pizza Mandarin Oranges</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>	<p>31 Scrambled Eggs Sausage Patty Toast Mixed Fruit</p> <p>Cereal Cheese Stick</p>		

January

Grade School Lunch Menu

<p>***Meals Subject to Change***</p> <p>Meals include choice of milk: 1% white or Skim Chocolate</p> <p>All breads are whole grain (W/G) rich.</p> <p>This institution is an equal opportunity provider.</p>			<p>2 NO SCHOOL</p>	<p>3 NO SCHOOL</p>
<p>6 NO SCHOOL</p>	<p>7 Chicken Patty on Bun French Fries Mandarin Oranges</p>	<p>8 Bosco Stick w/ Marinara Carrots Scooby Snacks Pineapple</p>	<p>9 Chicken Noodle Soup Dinner Roll Peas Grapes</p>	<p>10 Chili Cheese Nachos Green Beans Orange Slices</p>
<p>13 Ham Slice Biscuit Green Beans Mandarin Oranges</p>	<p>14 Chicken Spaghetti Garlic Bread Lettuce Salad Fruit Salad</p>	<p>15 Baked Potato Bar Bread Stick Cheese, Bacon, Ham or Turkey Broccoli Peaches</p>	<p>16 Chili Corn Bread Mandarin Oranges</p>	<p>17 Walking Taco Lettuce, Cheese, Salsa, Refried Beans Pineapple</p>
<p>20 NO SCHOOL</p>	<p>21 Tortellini Garlic Bread Lettuce Salad Mandarin Oranges</p>	<p>22 Hamburger on Bun Corn Orange Slices</p>	<p>23 Chicken Pot Pie Soup Biscuit Green Beans Pears</p>	<p>24 Cheeseburger Mac Bread Stick Cauliflower Pineapple</p>
<p>27 French Toast Sticks Sausage Patty Cheese Stick Peas Cinnamon Apples</p>	<p>28 Hot Dog on a Bun Hashbrown Rounds Mandarin Oranges</p>	<p>29 Chicken Fajita Lettuce, Cheese, & Salsa Corn Apple Slices</p>	<p>30 Tomato Soup Cheddar Bosco Stick Celery Fruit Salad</p>	<p>31 Turkey Dinner Roll Mashed Potatoes w/ Gravy</p>

January

High School Lunch Menu

Meals Subject to Change

Meals include choice of milk: 1% white or Skim Chocolate

All breads are whole grain (W/G) rich.

This institution is an equal opportunity provider.

2
NO SCHOOL

3
NO SCHOOL

6
NO SCHOOL

7
Chicken Patty on Bun
French Fries
Mandarin Oranges
Applesauce
Baked Beans

8
Bosco Stick w/ Marinara
Carrots
Scooby Snacks
Pineapple
Pears
Broccoli-Rice w/
Cheese

9
Chicken Noodle Soup
Dinner Roll
Peas
Grapes
Peaches
Corn

10
Chili Cheese Nachos
Green Beans
Orange Slices
Strawberries
Cauliflower

13
Ham Slice
Biscuit
Green Beans
Mandarin Oranges
Fruit Cocktail
Cheesy Cauliflower

14
Chicken Spaghetti
Garlic Bread
Lettuce Salad
Fruit Salad
Pineapple
Corn

15
Baked Potato Bar
Bread Stick
Cheese, Bacon,
Ham or Turkey
Broccoli
Peaches
Pears

16
Chili
Corn Bread
Mandarin Oranges
Applesauce
Peas

17
Walking Taco
Lettuce, Cheese,
Salsa, Refried Beans
Pineapple
Strawberry-Banana
Corn

20
NO SCHOOL

21
Tortellini
Garlic Bread
Lettuce Salad
Mandarin Oranges
Fruit Cocktail
Cooked Carrots

22
Hamburger on Bun
Corn
Orange Slices
Banana
Ranch Bean Dip

23
Chicken Pot Pie Soup
Biscuit
Green Beans
Pears
Peaches
Broccoli

24
Cheeseburger Mac
Bread Stick
Cauliflower
Pineapple
Mixed Fruit
Peas

27
French Toast Sticks
Sausage Patty
Cheese Stick
Peas
Cinnamon Apples
Blueberries
Corn

28
Hot Dog on a Bun
Hashbrown Rounds
Mandarin Oranges
Fruit Cocktail
Baked Beans

29
Chicken Fajita
Lettuce, Cheese, &
Salsa
Corn
Apple Slices
Pineapple
Peas

30
Tomato Soup
Cheddar Bosco Stick
Celery
Fruit Salad
Pears

31
Turkey
Dinner Roll
Mashed Potatoes
w/ Gravy
Mixed Fruit
Green Bean Casserole



THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL!

In-school dental care at **NO COST*** to you.

* For patients covered by Medicaid or All Kids

SAVE TIME!
Sign up online
www.MySchoolDentist.com

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

EASY & CONVENIENT - A state licensed dentist will regularly check your child's mouth & teeth, as well as provide a cleaning, fluoride treatment and apply sealants, as needed. A dental report card will be sent home with your child. Includes initial dental care and follow-up visits.
SIGN AND RETURN TO YOUR SCHOOL TODAY!

* January 28th, 2020 *

PLEASE COMPLETE

Child's Legal Name		Birth Date	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address	City	State	Zip
School	Teacher		Grade
Parent/Guardian Name		Phone ()	
Email		Alt 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.

List current medications _____ List any dental concerns _____

IF CHILD HAS MEDICAID/ALL KIDS

Enter Child's Medicaid Recipient ID Number HERE: →

Circle one of the following: BCBS, County Care, Harmony, IlliniCare, Meridian, Molina, NextLevel

OR Child's Social Security # (if available) - -

IF CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE

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 _____

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE

I will pay the reduced fee of \$70.00 for a dental cleaning, screening, fluoride & sealants per visit. Staple check or money order to this form & make payable to: Smile Illinois.

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

READ & SIGN BELOW

I understand and authorize Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (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, sealants and the application of Silver Diamine Fluoride as needed. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color.) This also gives permission for IDPH quality assurance audits to be performed & providers to return to my child's school to recheck my child's sealants. I have read the IMPORTANT HEALTH QUESTION above and will report any significant changes in my child's health to 855-481-8639. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS FORM and understand and agree to its terms.

SIGN & DATE HERE

This consent authorizes the initial and future dental visits.

DATE

QUESTIONS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visit us at: mobiudentists.com

Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C., General Dentist & Dental Director
8770 W. Bryn Mawr Ave., Suite 1300, Chicago, IL 60631
© Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C., 2019

For your privacy, please fold & secure.
ESPAÑOL AL REVERSO



IL-PREVE-012V1 6/19



IMPORTANT NOTICE & CONSENT / AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

I understand and authorize Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (Provider) and its affiliated dentists or 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 & 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.) While it is unlikely your child could be harmed by preventive dental care, in rare cases, the products we use may cause allergic reaction. (For additional information regarding the benefits and risks of preventive dental care, please call the number provided.) I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payor. I authorize my child's school to make available to Provider and its billing agent my child's insurance information in order to bill payer for services. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Treatment by the in-school dentist may affect future benefits that your child may receive under private insurance, Medicaid or CHIP. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. (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 (NPP) attached to this form and consent to the release of my child's medical record information, including records obtained from other providers, and any HIV/AIDS, communicable disease, sexually transmitted disease, drug and alcohol, and anemia information. I authorize release of such information by Provider 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. This signed consent authorizes my child's initial and future dental visits. I may withdraw this consent at any time in writing.

Entiendo y autorizo a Elliot P. Schlang, D.D.S. P.C. (Proveedor) y a sus dentistas afiliados o higienistas dental a proveer los siguientes servicios al niño mencionado del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza dental, tratamiento de fluoruro, sellantes dentales, 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.) A pesar de que no es probable de que su niño sea dañado durante los cuidados dentales preventivos, en raras ocasiones, los productos que utilizamos pudieran causar una reacción alérgica. (Para más información sobre los beneficios y los riesgos del cuidado dental preventivo, por favor llame al número proporcionada.) Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Autorizo a la escuela de mi hijo a poner a disposición del Proveedor y su agente de cobro la información del seguro de mi hijo con el fin de cobrar por los servicios. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. El tratamiento realizado por el dentista escolar pudiera afectar los beneficios de su niño en un futuro bajo su cobertura privada, Medicaid o CHIP. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. (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 discontinuar, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefónicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporcione en esta forma de consentimiento.) He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento para la divulgación de la información y/o expediente médico de mi hijo, incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo, pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

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

Susan Ash, DDS, Indejit Bawa, DDS, Brian Elms, DMD, Charles Boswell, DDS, Patricia James, DDS, Jada Johnson-Speller, DDS, Yvonne McLeod, DDS, Cynthia Michalik, DDS, Elliot Schlang, DDS, Larry Shapiro, DMD, Katerina Smyrniotis-Halkias, DDS, Paul Valasek, DDS

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 con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad de estas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Lo notificaremos si se violara 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 efectivamente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo 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 preveyendo 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 nuevas operaciones de negocios tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

Su Autorización: U sus 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 afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras esté 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 usar o divulgar su información médica para notificar, o ayudar 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 suarte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifíquenos 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: Podemos dar la información médica a oficiales de la ley, para responder a una orden de citamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reportar 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 al 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 proporcionar 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 encuestas de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el control 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 o administrativas. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal. Otros usos y revelaciones incluyen: 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 las 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 productos que pueden haber sido expuestas a, o para el riesgo de reacciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o para el riesgo de reacciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o para el riesgo de reacciones de productos que pueden estar usando; 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 período 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 restringamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a un 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 requerido por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regrems 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 su enmienda es necesaria. 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 llamamos respaldas 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