



Evaluación de La Salud Oral y Sonrisa

Gracias de antemano por tomarse el tiempo para permitir que su nuevo equipo dental la oportunidad de llegar a conocer mejor. En su caso puede escribir sus respuestas de 1 a 10, siendo 1 un poco y 10 es mucho?

Del Paciente Nombre _____

1. ¿Qué le gusta de sus experiencias dentales anteriores?

Explique: _____

2. ¿Qué no le gusta de su experiencia dental anterior o experiencias?

Explique: _____

3. ¿Hay algo que podamos hacer para que su visita sea más cómodo? Si No

Explique: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Evalúe a lo ansioso que está a punto de tratamiento dental.

Tell us more: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Evaluaria su salud bucal general.

Dinos mas: _____

6. ¿Quieres cuidado de la salud oral óptima? Si No

Dinos mas: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Valorar los padres de su sonrisa.

Dinos mas: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Evaluar el color de sus dientes.

Dinos mas: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Evaluar su preocupación por los empastes de mercurio.

Dinos mas: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Evaluar la rectitud de sus dientes.

Dinos mas: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. ¿Está preocupado con la pérdida o dientes perdidos? Si No

Dinos mas: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. ¿Hay algo que podamos hacer para mejorar su sonrisa y optimizar su salud oral? Si No

Dinos mas: _____

Paciente/Firma del parent o tutor	nombre impreso	Fecha
-----------------------------------	----------------	-------

DR.'S SIGNATURE	DATE
-----------------	------

**Informacion del Paciente**

Patient Nombre: _____ Preferir que lo llamen: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____
Teléfono móvil: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____ Casado Soltero/a Nino/a
Sexo: _____ Años: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
Agradecemos la referencia: _____ Empleador: _____
Ocupacion: _____ Teléfono del trabajo: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Informacion de tutor/ora (si debajo de 18 años)

Nombre de tutor/ora: _____ Relacion hacia el niño: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____
Teléfono móvil: _____ Teléfono: _____
Sexo: _____ Años: _____ Date of Birth: _____ Número de seguro social: _____
Empleador: _____ Ocupacion: _____
Dirección de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información sobre el seguro

Asegurado primario (Suscriptor): _____ Relacion hacia el paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de ID suscriptor: _____
Suscriptor de empleador: _____ Número de grupo: _____
Compañía de seguros: _____

Seguro adicional

Asegurado primario (Suscriptor): _____ Relacion hacia el paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de ID suscriptor: _____
Suscriptor de empleador: _____ Número de grupo: _____
Compañía de seguros: _____

Autorizar y liberar

Autorizo a mi compañía de seguros para pagar Orangewood Family Dental todos los beneficios seguros pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no pagados por el seguro. Orangewood Family Dental puede utilizar mi información del cuidado de la salud y podrá revelar esa información a mi compañía de seguros (IES) y sus agentes con el propósito de obtener el pago por los servicios y la determinación de las prestaciones de seguro de servicios conexos, como correspondientes a las directrices de la HIPAA.

Paciente/Firma del padre o tutor**Nombre impreso****Fecha**

Historia Dental

Razón por la que vino hoy: _____

Cada cuando se cepilla? _____

Cada cuando usa el hilo dental? _____

Fecha de su ultima visita al dentista: _____

Marque si ha tenido algún problema de los siguientes:

- DOLOR DE MUELAS
- ASTILLADOS, EMPASTES SUELtos, AGRIETADOS O ROTOS
- ASTILLADOS , DIENTES SUELtos, AGRIETADOS O ROTOS
- CAPTURAS DE ALIMENTOS
- EL HILO DENTAL SE ROMPE O DAÑA
- DOLOR, AL HACER CLIC O CHASQUIDO DE LA MANDÍBULA
- EL RECHINAR DE DIENTES
- APRETAR LA MANDÍBULA
- DOLORES DE CABEZA
- EL RONQUIDO / LA APNEA DEL SUEÑO

- SENSIBILIDAD
- FRIÓ
- CALIENTE
- DULCE
- MASTICACIÓN
- TOQUE
- PROBLEMA DE SINUSITIS
- AMORDAZAMIENTO
- BOCA SECA
- LAS MANCHAS OSCURAS O BLANCAS EN LOS DIENTES

- ENCÍA
- SANGRADO
- SENSIBILIDAD O DOLOR
- LOS DIENTES SUELtos
- LOS DIENTES SE HAN DESPLAZADO
- MAL ALIENTO
- MAL SABOR EN LA BOCA
- LLAGAS EN LA BOCA O CRECIMIENTOS
- OTRO _____

Histórial Médico

Por favor marque todo lo que corresponda:

Has estado: Hospitalizado? ¿Usted está tomando la medicación? ¿Tienes alergias?

Por favor describa: _____

- | SI | NO |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> *PRE-MED - AMOX |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> *PRE-MED-CLIND |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> *PRE-MED-OTROS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALERGIA - ASPIRINA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALERGIA - LA CODEÍNA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALERGIA - ERYTHRO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALERGIA - FIEBRE DEL HENO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALERGIA - LÁTEX |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALERGIA - PENICILINA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALERGIA - SULFA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALERGIA - OTROS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ANEMIA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ARTRITIS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> VALVULAS ARTIFICIALES DEL CORAZON |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> COYONTURAS ARTIFICIALES |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ASMA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESPALDA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS BIPHOSPHATE
(FosaMax, Acetol, Atelviz, Didronel, Boniva) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TRASTORNOS DE SANGRADO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> LOS ANTICOAGULANTES |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA SANGRE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN DE SANGRE |

- | SI | NO |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> CANCER _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> QUÍMICA FÁRMACO DEPENDENCIAS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> QUIMOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE CORTISONE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> DIABETIS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MAREOS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> DESMAYOS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> LESIONES EN LA CABEZA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MURMULLO AL CORAZON |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL CORZAO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HEMOPHILIA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HEPATITIS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ALTA PRESION |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SIDA O HIV |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ICTERICIA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD HEPÁTICA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> EL USO DE LA MARIGUANA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> LOS TRASTORNOS MENTALES |

- | SI | NO |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> VÁLVULA MITRAL PROLAP |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> LOS TRASTORNOS NERVIOSOS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ENFERMERÍA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TOS PERSISTENTE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> EMBARAZADA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE RADIACIÓN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATORIOS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> FIEBRE ESCARLATA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> FALTA DE AIRENTO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> CARRERA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PIES/TOBILLOS HINCHADOS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tomando El Control De La Natalidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HABITO AL TABACO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ANGINAS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ULCERAS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENEREA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> OTROS |

Nombre de su doctor: _____

Telefono: _____

Nombre de su farmacia: _____

Telefono: _____

uso de oficina

HEAD & NECK EXAM
SOFT TISSUE
TMJ EXAM
OCCLUSION
ORTHO

WNL or: _____
WNL or: _____
WNL or: _____
CLASS I II II
 SI NO

uso de oficina

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es exacta y completa. No haré responsable al médico o cualquier miembro de su personal responsable de los errores u omisiones que pude haber cometido al llenar este formulario.

Paciente/Firma del padre o tutor

Nombre impreso

Fecha

DR. FIRMA

FECHA



Orangewood Family Dental se compromete a proporcionarle el mejor cuidado dental disponible. Hemos encontrado que una comprensión clara de nuestra oficina directrices financieras aliviar algo de la ansiedad asociada con ir al dentista. Queremos estar seguros de que nuestras normas son claras y que todas sus preguntas sean contestadas a su satisfacción. Para su comodidad tenemos el honor de diferentes planes de pago.

Opciones de Pago:

Cuando usted no tiene seguro dental, pedimos que usted paga por sus servicios dentales en pleno al final de cada cita. Aceptamos dinero en efectivo, MasterCard, Visa, Discover y American Express. También ofrecemos Sonrisas Saludables plan dental para aquellos sin seguro como un valor añadido para usted.

Seguro dental:

Como cortesía nos van a presentar su reclamación de seguro para usted. Haremos una estimado de buena fe para el tratamiento previsto y solicitarle que pague su porción estimada en el momento del servicio. Cuando se haya recibido el pago de su compañía de seguros, vamos a liquidar el saldo de tu cuenta con usted (puede haber una diferencia entre la estimación de porción y el pago real). Como un servicio a usted, vamos a completar y presentar los formularios apropiados con su compañía de seguros(s). Estaremos encantados de proporcionarle cualquier rayos x o información adicional que pudieran necesitar.

Si la aseguranza- le niega la cobertura o retrasos de pago más allá de 60 días desde la fecha de presentación de reclamaciones, la totalidad del importe será exigible y pagadero por usted. Aunque hacemos todo lo posible para ayudarle a obtener el máximo beneficio, hay muchas variables que no podemos anticipar ni control. Por favor, ser conscientes de que los beneficios de su seguro es un contrato entre usted, su empleador (si procede) y la compañía de seguros.

Servicios financieros:

Ofrecemos CareCredit servicio que le permite pagar a través del tiempo con cómodos pagos mensuales. Para obtener más información, consulte con el personal de la recepción.

Cancelación de tratamiento:

Entendemos que a veces el paciente puede encontrar necesario para cancelar el tratamiento que no se ha iniciado o no se ha completado todavía. Si dicho tratamiento se pagó de antemano entonces usted puede tener derecho al reembolso de la cantidad total. En los casos en que el tratamiento en curso de su prepago será reducida por la cantidad de trabajo completado. Si prepago sólo parcialmente por este tratamiento, usted podría tener aún un saldo vencido.

Política de Reembolso:

Como parte de nuestros controles de fraude y abuso de nuestro personal de oficina no tienen la capacidad para emitir directamente un reembolso. Se presentará una solicitud de reembolso a nuestro departamento de Cuentas a pagar en su nombre. En el caso de cuentas HSA o terceros pagadores, como CareCredit, restituciones deben tramitarse directamente de vuelta al creador y usted recibirá un crédito en su cuenta, en contraposición a un cheque en el correo. Nuestro proceso, incluidos los controles internos, tarda unas dos semanas para completar.

También nos gustaría que usted sepa:

- Nuestra oficina requiere un mínimo de 2 días de antelación (más si es posible) si son incapaces de mantener su reserva la hora de la cita
- Su nombramiento está reservado específicamente para usted. Una tarifa de \$50 por hora de citas perdidas de tiempo será a cargo del paciente para cualquier cita que se cancela sin al menos dos días hábiles de antelación
- Habrá un \$25.00 cargo por cheques devueltos impagados.

Autorizo el pago debe realizarse directamente a Orangewood Family Dental por mi compañía de seguros y acepto la responsabilidad financiera para todos los servicios no cubiertos por el seguro. Autorizo a la liberación de cualquier información médica solicitada por mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en pagar un interés del 1.5% (18% anual) sobre cualquier saldo de más de 30 días. Me acuerdan que, en caso de impago de cualquier cantidad adeudada, y si esta cuenta es colocado con una agencia de cobranza o abogado de colección o acción judicial, a pagar un cargo adicional equivalente al costo de recolección incluyendo los honorarios del abogado y los gastos judiciales efectuados y permitido por las leyes que rigen estas operaciones hasta un 50% del saldo total de la familia.

Firma del paciente / tutor

Paciente/Firma del padre o tutor

Nombre impreso

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL,
ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS!!**

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

NUESTRA PROMESA!

Estimado Paciente:

Esta alarma no está pensado para usted! ¡al contrario! Es nuestro deseo comunicar que estamos tomando el nuevo Gobierno Federal (HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) leyes escritas para proteger la confidencialidad de su información de salud en serio. Que no siempre desea retrasar el tratamiento porque tienen miedo de su historial médico personal podría resultar innecesariamente a disposición de otros fuera de nuestra oficina.

ENTONCES, ¿QUÉ HA CAMBIADO? ¿POR QUÉ UNA POLÍTICA DE PRIVACIDAD AHORA? MUY BUENAS PREGUNTAS!

La variable más importante que ha motivado el gobierno federal ejercer legalmente la importancia de la privacidad de su información de salud es la rápida evolución de la tecnología informática y de su utilización en la asistencia sanitaria.

El gobierno ha buscado apropiadamente para estandarizar y proteger la confidencialidad del intercambio electrónico de su información de salud. Esto nos desafía a examinar no sólo cómo su información de salud es usada dentro de nuestros ordenadores, pero también con Internet, teléfono, fax, fotocopiadoras, y gráficos. Creemos que este ha sido un ejercicio importante para nosotros porque nos ha disciplinado para poner por escrito las políticas y procedimientos que empleamos para garantizar la protección de su información de salud en todas partes donde se utiliza.

Queremos que usted sepa acerca de estas políticas y procedimientos que hemos desarrollado para asegurarse de que su información de salud no será compartida con nadie que no lo requieren. Nuestra oficina está sujeta a las leyes estatales y federales con respecto a la confidencialidad de su información de salud y de conformidad con estas leyes, queremos que conozca nuestros procedimientos y sus derechos como paciente de nuestra valiosa.

Podremos usar y comunicar su información de la salud únicamente con el propósito de proporcionar el tratamiento, obtener el pago y la realización de las operaciones del cuidado de la salud. Su información de salud no serán utilizados para otros fines, a menos que hayamos solicitado voluntariamente y han dado su permiso por escrito.

CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO

usaremos su información de salud dentro de nuestra oficina para ofrecerle el mejor cuidado dental posible. Esto puede incluir procedimientos de oficina administrativos y clínicos diseñados para optimizar la programación y coordinación de la atención entre el higienista, asistente dental, dentista, y empleados de oficina. Además, podemos compartir su información médica con médicos, dentistas, refiriéndose clínicas y laboratorios dentales, farmacias u otro personal de salud proporcionando servicios y/o tratamiento.

PARA OBTENER PAGO

Podemos incluir su información de la salud con una factura utilizada para recoger el pago por el tratamiento que usted recibe en nuestra oficina. Podemos hacer esto con formularios de seguros presentadas por ustedes en el mail o enviados electrónicamente. Nos aseguraremos de que sólo trabajan con empresas con un compromiso similar con respecto a la seguridad de su información de salud.

PARA LLEVAR A CABO OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD

Su información médica puede ser utilizada durante la evaluación del desempeño de nuestro personal. Algunas de nuestras mejores oportunidades de enseñanza que utilizan la situación clínica experimentada por los pacientes que reciben atención en nuestra oficina. Como resultado, la información de salud pueden ser incluidos en los programas de formación para los estudiantes, los pasantes, socios y empleados de clínicas y de negocios. También es posible que la información de salud será divulgada durante las auditorías realizadas por empresas de seguros o agencias de gobierno nombró como parte de sus revisiones de aseguramiento de calidad y cumplimiento. Su información médica puede ser revisada durante el proceso rutinario, licencia o certificación y acreditación de actividades.

EN LOS RECORDATORIOS DE PACIENTE

Porque creemos que la atención regular es muy importante para su salud general y oral, podremos recordarle una cita programada, o que es hora de que se pongan en contacto con nosotros y concertar una cita. Además, es posible que nos pongamos en contacto con usted para darle seguimiento a su cuidado y le informaremos de las opciones de tratamiento o servicios que puedan ser de interés para usted o su familia.

Estas comunicaciones son una parte importante de nuestra filosofía de colaborar con nuestros pacientes para estar seguro de que recibirá la mejor atención preventiva y restauradora la odontología moderna puede ofrecer. Pueden incluir tarjetas postales, cartas, teléfono los avisos o recordatorios electrónicos, como el correo electrónico (a menos que usted nos diga que no desea recibir estos avisos).

ABUSO O ABANDONO

Notificaremos a las autoridades gubernamentales si creemos que un paciente es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta revelación sólo cuando estamos obligados por nuestro juicio ético, cuando creemos que son específicamente requerido o autorizado por la ley o con el acuerdo del paciente.



LA SALUD PÚBLICA Y LA SEGURIDAD NACIONAL

Se nos puede requerir que revelemos a los funcionarios federales o a las autoridades militares la información de salud necesaria para completar una investigación relacionada a la salud pública o la seguridad nacional. Información de salud puede ser importante cuando el gobierno cree que la seguridad pública podría beneficiarse cuando la información podría conducir al control o prevención de una epidemia o la comprensión de nuevos efectos secundarios de un tratamiento de drogas o dispositivos médicos.

PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Según lo permitido o requerido por la ley federal o estatal, podemos revelar su información de salud a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para determinados fines de aplicación de la ley, incluyendo, bajo ciertas circunstancias limitadas, si usted es una víctima de un delito o para reportar un crimen.

FAMILIARES, AMIGOS Y CUIDADORES

Podemos compartir su información médica con aquellos que nos dicen que nos ayudarán con su higiene doméstica, tratamiento, medicación o pago. Nos aseguraremos de que pedir permiso primero. En el caso de una emergencia, cuando no son capaces de decirnos qué desea, utilizaremos nuestro mejor juicio al compartir su información de salud sólo cuando será importante para quienes participan en la prestación de sus cuidados.

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

A parte de lo señalado anteriormente, o cuando la ley federal, estatal o local requiere que nosotros, no divulgaremos su información de salud aparte de con su autorización por escrito. Usted podrá revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:

Muchas gracias por tomar el tiempo para revisar cómo estamos cuidadosamente utilizando su información de salud. Si usted tiene cualquier pregunta queremos oír de usted. Si no es así, agradeceremos mucho sus reconociendo su recibo de nuestra política por su firma. Esperamos que le guía con su cuidado dental.

DERECHOS DEL PACIENTE

Esta nueva ley es cuidadoso al describir que usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información de salud.

RESTRICCIONES

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Nuestra oficina hará todo lo posible por cumplir con las restricciones razonables las referencias de nuestros clientes.

COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera. Usted puede pedir que nosotros sólo comunicar su información de salud privada con ningún otro miembro de la familia presente o a través de comunicaciones por correo que están sellados. Haremos todo lo posible para cumplir sus peticiones razonables para las comunicaciones confidenciales.

INSPICIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene el derecho de pedir que nosotros para actualizar o modificar sus registros si usted cree que su salud son registros de información incorrecta o incompleta. Estaremos felices de acomodar tanto como nuestra oficina mantiene esta información. Con el fin de estandarizar nuestro proceso, envíenos su solicitud por escrito y describir su razón para el cambio.

ENMENDAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene el derecho de pedir que nosotros para actualizar o modificar sus registros si usted cree que su salud son registros de información incorrecta o incompleta. Estaremos felices de acomodar tanto como nuestra oficina mantiene esta información. Con el fin de estandarizar nuestro proceso, envíenos su solicitud por escrito y describir su razón para el cambio.

Su solicitud puede ser denegada si el registro de información de salud en cuestión no fue creado por nuestra oficina, no es parte de nuestros registros o si los registros que contienen su información de la salud están decididos a ser precisos y completos.

DOCUMENTACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Usted tiene el derecho de pedirnos una descripción de cómo y dónde se utiliza la información sobre su salud por nuestra oficina por cualquier motivo que no sea para fines de tratamiento, pago u operaciones de salud. Nuestros procedimientos de documentación nos permitirá proporcionar información sobre el uso de información de salud a partir del 14 de abril de 2003 y en adelante. Por favor, háganos saber por escrito en el período de tiempo durante el cual usted está interesado. Gracias por limitar su solicitud a no más de seis años en el tiempo. Puede que necesitemos a cobrarle una tarifa razonable para su solicitud.

PIDA UNA COPIA EN PAPEL DEL AVISO

Usted tiene el derecho de obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad directamente desde nuestra oficina en cualquier momento. Por parada o llámenos y le enviaremos por correo o correo electrónico una copia a usted.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y proveerle a usted y su representante este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. Estamos obligados a practicar las políticas y procedimientos descritos en este anuncio, pero nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, nos aseguraremos de que todos nuestros pacientes reciban una copia del aviso revisado.

Usted tiene el derecho de expresar sus quejas a nosotros o al secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido comprometidos. Le animamos a que exprese cualquier preocupación que usted pueda tener con respecto a la privacidad de su información. Por favor, háganos saber sus preocupaciones o quejas por escrito.

LAS PERSONAS ADICIONALES, PODEMOS LANZAR LA INFORMACIÓN A:

Paciente/Firma del padre o tutor

Nombre Impreso

Fecha