



Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que no podamos conceder su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no lo compartamos. información para fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información

Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que usted pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente.



Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si siente que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información en la parte superior de la página
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
 - Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
 - Incluir su información en un directorio de hospital
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarte

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Factura por tus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.



¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Investiga

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir información de salud con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
- Para reclamos de compensación para trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.



Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Fecha de entrada en vigor_____

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina. Puedo negarme a firmar este reconocimiento. Para obtener una copia en papel puedo solicitarla en la oficina o en el sitio web.

Nombre_____ Apellido_____

Firma_____ Fecha_____



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre _____ MI _____ Apellido _____
Apodo _____ Genero _____ FDN _____
SSN _____ Cell _____ Residencia _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Correo Electronico _____ Como nos conocio _____

Para su comodidad, nuestra oficina puede comunicarse con usted por mensaje de texto o correo electrónico. Indiquenos como?

Envíame un texto Envíame un correo Envíame recordatorio de mi cita

El paciente es (Seleccione todo lo que corresponda)

Paciente Principal en la póliza Parte responsable

En caso de emergencia por favor contacten a:

Nombre completo _____ Numero telefonico _____ Relacion _____

Quien es responsable por su cuenta?

Información sobre su seguro

Tiene seguro?

Si No

Nombre de la compañía aseguradora _____ # de identificación _____
Direccion _____ Ciudad _____
Estado _____Codigo Postal _____ # de Grupo _____
Nombre el grupo _____

Firma _____ Fecha _____



HISTORIAL MÉDICO

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Estás bajo el cuidado de un médico? Si No

Por favor explique _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Si No

Por favor explique _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Si No

Por favor explique _____

¿Está tomando algún medicamento, píldora o droga? Si No

Por favor explique _____

¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? Si No

Por favor explique _____

¿Toma o ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bisfosfonatos? Si No

Por favor explique _____

¿Estás en una dieta especial? Si No

Por favor explique _____

¿Usas tabaco? Si No

¿Utiliza sustancias controladas? Si No

Por favor explique _____

¿Le ha recomendado un médico o dentista anterior que tome antibióticos o premedicación antes de su cita con el dentista? Si No

Mujeres: Esta usted...? Embarazada Amamantando Toma píldoras anticonceptivas



Es usted alérgico a alguno de los siguientes:

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metales
Latex Drogas con Sulfa Anestesia local Otro _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones médicas?

AIDS/HIV Positivo	<input type="checkbox"/>	Medicina con cortizona	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	Anafilaxia	<input type="checkbox"/>	Drogadicción	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B or C	<input type="checkbox"/>	Diálisis renal	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Fácilmente sinuoso	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
Artritis gota	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/>
Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	Urticaria o sarpullido	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	Articulación Artificial	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>
Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>
Problema sinusal	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	Tos Frecuente	<input type="checkbox"/>	Problemas de riñon	<input type="checkbox"/>	Espina bífida	<input type="checkbox"/>
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/>	Diarrea Frecuente	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	Estómago / Enfermedad intestinal	<input type="checkbox"/>	Problema respiratorio	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	Sangrado facil	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de extremidades	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón/Insuficiencia	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Herpes labial/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	Tumores o Crecimientos	<input type="checkbox"/>	Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/>	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/>
Ulcera	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Problemas en el corazón	<input type="checkbox"/>	Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venerea	<input type="checkbox"/>
Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/>								

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? _____

Certifico que he leído y entiendo las preguntas formuladas. Certifico que he respondido estas preguntas al completar y no responsabilizo a la práctica, al médico o al equipo por ningún error u omisión que haya cometido al completar estos formularios.

Doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento por parte del dentista (s) de esta oficina necesarios para el cuidado dental adecuado.

Nombre _____ Apellido _____



INFORMACIÓN DENTAL

Razon de la visita de hoy

Por favor explique _____

Siente algun dolor?

Si No

Por favor explique _____

Indique cualquiera de los siguientes problemas marcando la casilla correspondiente:

Molestias, chasquidos o estallidos en la mandíbula	<input type="checkbox"/>	Relleno(s) perdido(s)/roto(s)	<input type="checkbox"/>	Dientes manchados	<input type="checkbox"/>	Dificultad para cerrar la mandíbula	<input type="checkbox"/>	Encías rojas, hinchadas o sangrantes	<input type="checkbox"/>
Rechina/aprieta los dientes	<input type="checkbox"/>	Bloqueo de mandíbula	<input type="checkbox"/>	Dificultad al abrir la mandíbula	<input type="checkbox"/>	Protesis dental	<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>
Mal olor en la boca	<input type="checkbox"/>	Derrida o desgaste de dientes	<input type="checkbox"/>	Ampollas/llagas en o alrededor de la boca	<input type="checkbox"/>	Diente roto/astillado	<input type="checkbox"/>	Lengua/labios con ardor	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las encías	<input type="checkbox"/>	Sangrado prolongado por una lesión/extracción	<input type="checkbox"/>	Dolor de diente	<input type="checkbox"/>	Hinchazón/bultos en la boca	<input type="checkbox"/>	Infecciones recientes o dolor de garganta	<input type="checkbox"/>
Comida atrapada entre los dientes	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Si es otro, por favor expliq_____

Mis dientes son sensibles a:

Calor Frio Dulce Morder



POLÍTICAS FINANCIERAS

Según lo validado por mi firma en la parte inferior de este formulario, entiendo y acepto que: Todos los saldos de los pacientes deben pagarse inmediatamente después de que se preste el tratamiento. Pregúntenos si está interesado en conocer la financiación de terceros, que puede permitirle financiar su tratamiento en pagos mensuales bajos. Si se acumula un saldo en la cuenta

, se enviará un estado de cuenta y el pago se realizará, en su totalidad, antes de la fecha que figura en el estado de cuenta. Si el pago no se paga dentro de los 30 días, se pueden aplicar intereses a todo el saldo de la cuenta. Se enviará un estado de cuenta revisado con el nuevo saldo de la cuenta, pagadero inmediatamente.

También se puede aplicar un cargo por cheque devuelto y debe ser pagadero por cada pago de cheque que nos devuelva su banco.

El seguro dental es un contrato entre el paciente, su empleador (si corresponde) y el proveedor de seguros. Presentar reclamos de pago al proveedor de seguros es una cortesía proporcionada por el dentista, no una obligación. En última instancia, soy responsable de cualquier tratamiento que no sea pagado por el proveedor de seguros.

Si hay seguro dental en la cuenta, entiendo que la clínica ha establecido el saldo del paciente en función de la información que he proporcionado. El pago del tratamiento final está sujeto a los términos y condiciones de mi proveedor de seguros en la fecha del servicio. Como tal, hasta que se reciba el pago de mi proveedor de seguros, ningún pago del paciente es definitivo.

Las estimaciones y los planes de tratamiento se basan en la información obtenida del examen. Al igual que con cualquier tratamiento dental, puede haber ajustes imprevistos del tratamiento y / o complicaciones. Esta es solo una estimación preliminar y los cargos de laboratorio (si corresponde) se han estimado e incluido en total.

Las estimaciones no toman en consideración ningún dinero que se facturó para mi máximo financiero o límites de tratamiento que puedan haber sido utilizados en otras clínicas dentales.

Se enviará una presentación a mi proveedor de seguros para determinar una inversión final aproximada. Sin embargo, es solo una estimación. Las divisiones finales del seguro pueden ajustarse al recibir las predeterminaciones. Las predeterminaciones de mi(s) proveedor(es) de seguros NO son una garantía de pago.

Al igual que con cualquier tratamiento dental, puede haber ajustes imprevistos del tratamiento y / o complicaciones. La clínica hará un esfuerzo para anticipar cualquier cambio en el plan de tratamiento y aconsejarme en ese momento. Sin embargo, tales eventos son impredecibles. Del mismo modo, es posible que sea necesario modificar el momento o el espaciamiento de las citas según sea necesario para lograr el mejor resultado posible.

La clínica hará todo lo posible para satisfacer mis necesidades de programación.

He leído, entiendo y acepto la política financiera anterior para el pago de honorarios profesionales. Entiendo que soy responsable en última instancia de todos los honorarios por los servicios prestados a mí y / o a mi familia.

Nombre _____ Apellido _____

Firma _____ Fecha _____



POLÍTICAS DE OFICINA

Nuestro objetivo es brindar atención de alta calidad a nuestros pacientes y respetar su horario también. Para ser justos con otros pacientes y el personal de la oficina, requerimos un aviso anticipado al cambiar o cancelar una cita.

Cuando programa una cita, reservamos ese tiempo y nos preparamos antes de servirle. Si necesita reprogramar, le rogamos que se ponga en contacto con nosotros con previo aviso. Entendemos que surgen conflictos; sin embargo, fallar su cita o cancelar sin previo aviso adecuado más de una vez puede resultar en un cargo.

Los pacientes que continúen sin presentarse y / o cancelando sin previo aviso pueden ser despedidos de la práctica y se les puede pedir que busquen otro dentista.

Cualquier paciente que llegue tarde puede ser considerado un "no show" para su cita y puede necesitar ser reprogramado.

Al igual que con cualquier tratamiento dental, puede haber ajustes imprevistos del tratamiento y / o complicaciones. La clínica hará un esfuerzo para anticipar cualquier cambio en el plan de tratamiento y aconsejarme en ese momento. Sin embargo, tales eventos son impredecibles. Del mismo modo, es posible que sea necesario modificar el momento o el espaciamiento de las citas según sea necesario para lograr el mejor resultado posible.

He leído, entiendo y acepto la política de citas anterior.

Nombre _____ Apellido _____

Firma _____ Fecha _____