

## REGISTRO DEL PACIENTE

ID: \_\_\_\_\_

Paciente es :  Parte Con Responsabilidad Financiera  Titular De La Póliza

### Información Del Paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Sexo:  Mujer  Hombre Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Seguro Dental Primario:

Seguro Dental?  Sí  No

Seguro Médico?  Sí  No

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación:  mismo  esposo(a)  niño(a)  otros

Nombre del Grupo (Plan o Poliza): \_\_\_\_\_ Num. de Grupo (Plan, Local o Póliza): \_\_\_\_\_

Num. SS del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía Aseguradora:: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

### Historia Dental del paciente:

Nombre de su dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_ Fecha de la última limpieza: \_\_\_\_\_ Fecha de la última radiografías: \_\_\_\_\_

De su preferencia Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

### Cuestionario:

Sí  No ¿Sus encías sangran al cepillarse o usar el hilo dental?

Sí  No ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado?

Sí  No ¿Siente dolor?

Sí  No ¿Ha tenido problemas serios con algún tratamiento dental previo?

Sí  No ¿Tiene llagas o bultos en o cerca de la boca?

Sí  No ¿Todavía tienen los dientes de la sabiduría?

Sí  No ¿Le gusta su sonrisa?

Sí  No ¿Desea dientes más blancos?

Si, explique: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha tenido usted algun trabajo de ortodoncia?

Razón de su visita hoy: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?

Referido por: \_\_\_\_\_  Carta De La Escuela  Apartamento Flyer  Referido Por Grupo/Seguro Médico

Evento / Feria  Internet  Facebook  Correo  TV / Radio  De Conducción Por

### Acuerdos De Reclamo Dental

Yo estoy de acuerdo y entiendo, (que sin importar mi situación con el seguro), Yo soy ultimadamente responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido. Yo he leído toda la información en esta página y he respondido las preguntas. Yo certifico que la información es correcta y verdadera a mi conocimiento. Yo le notificaré de cualquier cambio en la información aquí mencionada. Adicionalmente, Yo autorizo la emisión de cualquier información relacionada con la reclamación de pago y concuerdo que el pago de mis beneficios sean enviados directamente a Smiley Dental.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  Sí  No Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  Sí  No Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?  Sí  No Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  Sí  No Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  Sí  No
- ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier Otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Sí  No
- ¿Esta usted en una dieta especial?  Sí  No
- ¿Usa tabaco?  Sí  No
- ¿Usted usa sustancias controladas?  Sí  No Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

### Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No Toma anticonceptivos orales?  Sí  No Esta amamantando?  Sí  No

### ¿Es usted alérgica a cualquier de los siguientes?

- Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metálico  Latex  Anestésicos Locales
- Otros Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

### ¿Tienes, o ¿ha tenido, cualquier de los siguientes?

- |                                |  |                              |   |                               |   |                                      |   |
|--------------------------------|--|------------------------------|---|-------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| SIDA/HIV Positivo              | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Cortisona                    | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hemofilia                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Pérdida de peso reciente             | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Diabetes                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis A                   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Diálisis renal                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anafilaxia                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Drogadicción                 | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis B o C               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Reumatismo                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anemia                         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Fácilmente pierde el aliento | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes                        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre reumática                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Angina                         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Enfisema                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Presión arterial alta         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Escarlatina                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Artritis/Gota                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Epilepsia o convulsiones     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Latido irregular del corazón  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad de células falciformes    | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Valvula del Corazon artificial | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Sangrado excesivo            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hipoglucemia                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas del seno nasal             | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Articulacion artificial        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Sed excesiva                 | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ronchas/ erupción cutánea     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Espina Bífida                        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Asma                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Desmayos/ vertigo            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de los riñones      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad arterial            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Tos frecuente                | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Leucemia                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ataque fulminante                    | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Transfusión de sangre          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Diarrea frecuente            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedades del Hígado       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hinchazón de las extremidades        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Problemas respiratorio         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Dolores de cabeza frecuente  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Colesterol Alto               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad de la Tiroides            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Moretones con facilidad        | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Herpes Genital               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Presión arterial baja         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Amigdalitis                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cancer                         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Glaucomas                    | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad pulmonar           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tuberculosis                         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Quimioterapia                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Fiebre del heno              | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tumores o crecimiento                | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Dolores en el pecho            | <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ataque/Falla del corazón     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Osteoporosis                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Úlceras                              | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Herpes labial                  | <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Soplo cardiaco               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Atención Psiquiátrica         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad venérea                   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cardiopatía congénital         | <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Marcapasos en el Corazón     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tratamiento con radia         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | La ictericia amarilla                | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Convulsiones                   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No            | Enfermedad del corazón       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad paratiroidea       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dolor en la articulación de la quija | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

Ha tenido alguna enfermedad grave que no está en la lista de arriba?  Sí  No Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

En lo mejor de miconocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso a mi (o de paciente) salud. Es mi responsabilidad a informar a la dental oficina de cualquier cambio en el estado medico.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



# Cuestionario sobre la salud oral

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tuvo la madre de nacimiento algunos problemas durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Nació prematuro su niño?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Fue bajo el peso natal de su niño?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hubo algunas complicaciones durante el parto?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha estado enfermo su niño?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está tomando medicamentos su niño?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DIETA Y NUTRICIÓN

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Le dio (le da) leche de mamá a su niño?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Duerme su niño con un biberón?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe de una tasa su niño?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Siempre camina bebiendo de un biberón o tasa su niño?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Sigue su niño una dieta especial?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas veces durante el día come botanas su niño? _____ |                          |                          |
| ¿Cuántos biberones toma su niño durante el día? _____     |                          |                          |

## SUFICIENCIA DE FLUORURO

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Conoce usted el nivel de fluoruro en su agua?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene agua de pozo?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa agua embotellada?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un acondicionador de agua o sistema de filtración? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contestó sí, indíquelo _____                         |                          |                          |
| ¿Usa pasta de dientes con fluoruro para su niño?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HÁBITOS ORALES

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usa su niño un chupete?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Chupa su niño el pulgar o los dedos?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le rechinan los dientes su niño durante el día o la noche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PREVENCIÓN DE LESIONES

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Camina su niño?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está su casa a prueba de niños?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa su niño un asiento para niños?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sufrido su niño una lesión a la boca o la cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DESARROLLO ORAL

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene su niño unos dientes ya?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Edad del niño (en meses) cuando salió su primer diente _____                             |                          |                          |
| ¿Ha tenido su niño problemas de dentición?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha notado usted algún problema con la boca o los dientes de su niño?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se queja su niño de dolor en la boca?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguno de sus niños caries?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido usted o han tenido sus niños una mala experiencia con el dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HIGIENE ORAL

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Limpia usted las encías o los dientes de su niño?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa un cepillo de dientes para limpiar los dientes de su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa pasta de dientes para limpiar los dientes de su niño?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Smiley Dental**

**Jefe de Privacidad: Ruby Reyna**

**Fecha Efectiva: 01 febrero 2017**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DENTAL PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

*Entendemos la importancia de la privacidad, y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Nosotros tomamos un registro del cuidado médico que proporcionamos y podemos también recibir este tipo de registros de otros. Usamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de servicios de salud provean cuidado médico de calidad, para obtener pago por los servicios proporcionados a usted de acuerdo a lo permitido por su plan de salud, y para permitirnos cumplir con nuestras obligaciones médicas y legales para operar propiamente en esta clínica médica. La ley requiere que mantengamos la privacidad de la información protegida de salud, que proveamos a los individuos con avisos de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud, y que notifiquemos a los individuos afectados después de cualquier violación a información protegida de salud insegura. Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contacte a nuestro Jefe de Privacidad, cuyos datos se encuentran listados arriba.*

## **A. Cómo esta clínica dental puede usar o divulgar su información de salud**

Esta clínica dental reúne su información de salud y la almacena en una tabla [y/o en una computadora] [y en un registro electrónico de salud/registro personal de salud]. Este es su registro dental. El registro dental es propiedad de esta clínica dental, pero la información en el registro médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud con los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Usamos su información médica para proveer su cuidado médico. Discutimos información médica con nuestros empleados y con otros que estén involucrados en proveer el cuidado que usted necesite. Por ejemplo, podríamos compartir su información médica con otros médicos o con otros proveedores de cuidado de la salud, quienes proveen servicios que nosotros no proveemos. O podríamos compartir esta información con un farmacéuta, quien la necesita para dispensarle una prescripción, o a un laboratorio que realiza algún examen. También podríamos discutir información médica con miembros de su familia o con otros que puedan

ayudarle cuando esté enfermo o lastimado, o después de que muera.

2. Pago. Usamos y divulgamos su información médica para obtener pagos por los servicios que proveemos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información que necesita para poder pagarnos. Podemos discutir información con otros proveedores de cuidados de la salud para ayudarles a obtener pagos por servicios que le han proveído a usted.

3. Operaciones del cuidado de la salud. Podríamos usar o divulgar su información médica para operar esta clínica médica. Por ejemplo, podríamos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad del cuidado que proveemos, o las competencias y calificaciones de nuestro personal profesional. O, podríamos usar y divulgar esta información para conseguir que su plan dental autorice servicios o referencias. También podríamos usar y divulgar esta información cuando sea necesario para reseñas médicas, servicios legales y auditorías, incluyendo fraude y detección de abuso y programas de cumplimiento y planificación y administración de negocios. También podríamos compartir su información médica con nuestros "socios de negocios", tales como nuestro servicio de facturación, el cual lleva a cabo servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos socios de negocios, el cual contiene en sus términos el requerimiento de que ellos y sus subcontratistas protejan la confidencialidad y seguridad de su información protegida de salud. También podríamos compartir su información con otros proveedores de cuidado de salud, centros de información de cuidado de la salud, o planes dentales que tengan una relación con usted, cuando ellos soliciten esta información para ayudarles con su evaluación de calidad y actividades de mejora, sus actividades de seguridad de pacientes, sus esfuerzos basados en población para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, su desarrollo de protocolo, administración de casos o actividades de coordinación de cuidado, sus reseñas de competencia, calificaciones y desempeño de profesionales del cuidado de la salud, sus programas de entrenamiento, sus acreditaciones, actividades de certificación o de licenciamiento, o fraude en atención médica y detección de abuso y esfuerzos de cumplimiento.

4. Recordatorios de citas. Podríamos usar y divulgar su información médica para contactarlo y recordarle sobre sus citas. Si usted no está en casa, podríamos dejar esta información en su máquina contestadora o en un mensaje con la persona que conteste el teléfono.

5. Hoja de ingreso. Podríamos usar y divulgar su información médica al hacer que firme cuando llegue a nuestras oficinas. Podríamos también llamar su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

6. Notificaciones y comunicación con la familia. Podríamos divulgar su información médica para notificar o ayudarlo a notificar a un miembro de su familia, su representante personal o alguna otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su condición general o, a menos que nos haya indicado lo contrario, en el evento de su muerte. En caso de un desastre, podríamos divulgar información a una organización de socorro para que ellos puedan coordinar sus esfuerzos de notificación. Podríamos también divulgar información a alguien que esté involucrado en su cuidado o que ayude a pagar por su cuidado. Si usted es capaz y está disponible para aceptar u objetar a esto, le daremos la oportunidad de hacerlo antes de realizar estas divulgaciones, aunque podríamos divulgar esta información durante un desastre incluso bajo su objeción si nosotros creemos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. Si usted no es capaz o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor juicio al comunicarse con su familia y con otros.

7. Marketing. Siempre que no recibamos ningún pago por estas comunicaciones, podríamos contactarlo para darle información sobre nuestros productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de su caso o coordinación de cuidado, o para dirigirlo o recomendarle otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o ajustes de cuidado que puedan interesarle. De manera similar, podríamos describir productos o servicios proveídos por esta clínica y decirle en cuáles planes de salud participa esta clínica. Podríamos también animarlo a mantener un estilo de vida saludable y a obtener los exámenes recomendados, a participar en programas de manejo de enfermedades, proporcionarle pequeños regalos, decirle sobre programas de salud auspiciados por el gobierno o, cuando lo veamos, alentarle a adquirir un producto o servicio por el cual podríamos recibir algún pago. Finalmente, podríamos recibir compensación, la cual cubre el costo que nos toma recordarle tomar y recargar sus medicamentos, o comunicarle sobre alguna droga o compuesto biológico que usted tenga actualmente prescrita. No usaremos o divulgaremos su información médica para ningún otro propósito de marketing y no aceptaremos ningún pago por ninguna otra comunicación de marketing sin su previa autorización por escrito. La autorización revelará si recibiremos alguna compensación por cualquier actividad de marketing que usted autorice, y pararemos cualquier futura actividad de marketing en la medida en que usted revoque dicha autorización.

8. Venta de información de salud. Nosotros no venderemos su información de salud sin su previa autorización por escrito. La autorización revelará que recibiremos una compensación por la información de su salud si usted nos autoriza a venderla, y detendremos cualquier futura venta de su información en la medida en que usted revoque esa autorización.

9. Requerimientos por ley. Como es requerido por la ley, usaremos y divulgaremos su información de salud, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requerimientos de

ley relevantes. Cuando la ley requiera que reportemos abuso, negligencia o violencia doméstica, o que respondamos a procedimientos judiciales o administrativos, o a oficiales encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos con los requisitos establecidos más adelante en relación a dichas actividades.

10. Salud pública. Podríamos, y algunas veces es requerido por la ley, divulgar su información de salud a autoridades de salud pública por los siguientes propósitos: prevención o control de enfermedades, lesiones o incapacidades; reportar abuso o negligencia infantil, al adulto mayor o adultos dependientes; reportar violencia doméstica; reportar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar sobre enfermedades o exposición a infecciones. Cuando reportemos sobre la sospecha de abuso a adultos mayores o dependientes, o violencia doméstica, le informaremos a usted o a su representante personal inmediatamente, a menos que, de acuerdo a nuestro juicio profesional, creamos que la notificación lo pondría a usted en riesgo de daños serios o que requeriría informar a un representante personal que se crea es responsable por el abuso o daño.

11. Actividades de supervisión de salud. Podríamos, y algunas veces es requerido por la ley, divulgar su información de salud a agencias de supervisión de salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias y otros procedimientos, sujeto a las limitaciones impuestas por la ley.

12. Procedimientos administrativos y judiciales. Podríamos, y algunas veces es requerido por la ley, divulgar su información de salud en el marco de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida en que sea expresamente autorizado por una corte u orden administrativa. Podríamos también divulgar su información en respuesta a una citación judicial, petición de exhibición de pruebas u otros procesos legales si se han hecho esfuerzos razonables para notificarlo de la solicitud y usted no ha presentado objeción, o si sus objeciones han sido resueltas por orden administrativa o de la corte.

13. Cuerpo policial. Podríamos, y algunas veces es requerido por la ley, divulgar su información de salud a un oficial de la policía con propósitos como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden o mandamiento judicial, citación del gran jurado u otros propósitos policiales.

14. Forenses. Podríamos, y frecuentemente es requerido por la ley, divulgar su información de salud a forenses en conexión con sus investigaciones sobre muertes.

15. Seguridad pública. Podríamos, y algunas veces es requerido por la ley, divulgar su información de salud a las personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza

sería o inminente a la salud o seguridad pública de una persona particular o del público en general.

16. Funciones especializadas del gobierno. Podemos divulgar su información de salud por propósitos militares o de seguridad nacional, o a instituciones correccionales u oficiales de policía que lo tengan bajo su custodia legal.

17. Compensación a los trabajadores. Podemos divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores. Por ejemplo, en la medida en que su cuidado sea cubierto por la compensación a los trabajadores, haremos reportes periódicos a su empleador sobre su condición. También la ley requiere que reportemos al empleador o al asegurador de compensación a los trabajadores sobre casos de accidentes en el trabajo o de enfermedades profesionales.

18. Cambio de dueño. En el evento en que esta clínica médica sea vendida o se una con otra organización, su registro/información de salud se volverá propiedad del nuevo dueño, aunque usted mantendrá el derecho a solicitar que copias de su información de salud sean transferidas a otro médico o grupo médico.

19. Notificación de infracción. En el caso en que haya una infracción o violación a información protegida de salud insegura, le notificaremos, como es requerido por la ley. Si usted nos ha proporcionado una dirección actual de correo electrónico, podemos usarla para comunicarle información relacionada con la infracción. En algunas circunstancias, nuestros socios de negocios pueden proporcionar la notificación. También podemos proporcionar notificaciones por otros medios según sea apropiado. [Nota: Sólo use notificaciones por correo electrónico si está seguro de que no contendrá información protegida de salud y que no discutirá información inapropiada. Por ejemplo, si su dirección de correo electrónico incluye “enfermedadigestiva.com”, un correo electrónico enviado con esta dirección podría, de ser interceptado, identificar al paciente y su condición.]

20. Investigación. Podríamos divulgar su información de salud a investigadores conduciendo investigaciones con respecto a temas en los que su autorización escrita no es necesaria, de acuerdo a la aprobación de una Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad, en conformidad con la ley gobernante.

## **B. Cuándo esta clínica médica no puede usar o divulgar su información de salud**

Excepto a como es descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad, esta clínica médica, de acuerdo a sus obligaciones legales, no usará o divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización escrita. Si usted autoriza a esta clínica médica para usar o divulgar su información de salud para algún otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

## **C. Sus derechos en información de salud**

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud, por medio de una solicitud por escrito especificando qué información quiere limitar y cuáles son las limitaciones que desea imponer a nuestro uso o divulgación de dicha información. Si usted nos pide no divulgar información a su plan comercial de salud sobre artículos o servicios por los cuales usted pagó la totalidad del costo, nosotros cumpliremos su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por razones de tratamiento o razones legales. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le notificaremos sobre nuestra decisión.

2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho a solicitar recibir su información de salud de una forma específica o en una ubicación específica. Por ejemplo, usted podría pedir que le enviemos información a una cuenta de correo electrónico particular o a su dirección de trabajo. Nosotros cumpliremos con todas las solicitudes enviadas por escrito que sean razonables y que especifiquen cómo y dónde desean recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a inspeccionar y a copiar. Usted tiene el derecho a inspeccionar y a copiar su información de salud, con excepciones limitadas. Para acceder a su información médica, debe enviar una solicitud por escrito indicando a qué información quiere acceder, si quiere inspeccionarla o copiarla, y si quiere una copia, su forma y formato preferido. Nosotros proporcionaremos copias en la forma y formato que usted haya solicitado si son fácilmente producibles, o le proporcionaremos un formato alternativo que usted encuentre aceptable, o si no podemos llegar a un acuerdo y mantenemos el registro en un formato electrónico, podrá elegir entre un formato físico o electrónico. También enviaremos una copia a cualquier otra persona que usted designe por escrito. Cobraremos una cuota razonable, la cual cubrirá nuestros costos de labor, suministros, envío, y si lo solicitó y se acordó previamente, el costo de preparar una explicación o resumen. Podemos negar su solicitud bajo circunstancias limitadas. Si negamos su solicitud de acceder a los registros de su hijo o los registros de un adulto incapacitado al que usted está representando ya que creemos que permitir el acceso puede causar un daño substancial al paciente, usted tendrá derecho a apelar nuestra decisión. Si negamos su solicitud de acceder a sus notas de psicoterapia, usted tendrá el derecho de transferirlas a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a enmendar o suplir. Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos la información de salud que usted crea que está incorrecta o incompleta. Debe realizar una solicitud de enmendación por escrito, e incluir las razones por las cuales cree que la información es inexacta o incompleta. Nosotros no estamos obligados a cambiar su información de salud, y le proporcionaremos información sobre la negativa de esta clínica médica y cómo usted puede estar en desacuerdo con dicha negativa. Podemos denegar su solicitud si no

tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para enmendarla), si usted no tendría permitido inspeccionar o copiar la información, o si la información ya es exacta y completa. Si negamos su solicitud, puede presentar una declaración por escrito sobre su desacuerdo con esa decisión, y nosotros podríamos también preparar una refutación por escrito. Toda la información relacionada con cualquier solicitud de enmendación será mantenida y divulgada en conjunto con cualquier subsecuente divulgación de la información disputada.

5. Derecho a un informe de divulgaciones. Usted tiene el derecho a recibir una informe sobre las divulgaciones de su información de salud hechas por esta clínica médica, con excepción que esta clínica médica no tiene por obligación reportar las divulgaciones hechas a su persona o con virtud a su autorización por escrito, o como está descrito en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de cuidado de la salud), 6 (notificación y comunicación con la familia), y 18 (funciones especializadas de gobierno) de la sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad o divulgaciones con propósitos de investigación o de salud pública, los cuáles excluyen identificadores directos al paciente, o los cuáles son incidentales a el uso o divulgación permitido o autorizado por la ley, o a divulgaciones a una agencia de supervisión de salud u oficial de la policía, en la medida en que esta clínica médica haya recibido notificación de parte de dicha agencia u oficial indicando que sería razonable que dicho informe pueda impedir sus actividades.

6. Derecho a una copia en papel o electrónica de este aviso. Usted tiene el derecho a recibir un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, incluyendo el derecho a una copia por escrito de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si previamente ha solicitado recibirlo por correo electrónico.

Si usted quisiera tener una explicación más detallada de estos derechos o si quisiera ejercitar uno o más de estos derechos, contacte a nuestro Jefe de Privacidad, listado al inicio de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

#### **D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nos reservamos el derecho de enmendar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro.

Hasta que dicha enmienda sea realizada, la ley requiere que cumplamos con los términos de este aviso que está actualmente en efecto. Después de que una enmienda sea realizada, la revisión del Aviso de Protecciones de Privacidad aplicará a toda la información protegida de salud que mantengamos, sin importar cuándo haya sido creada o recibida. Nosotros mantendremos una copia del actual aviso en nuestra área de recepción, y una copia estará disponible en cada cita. También publicaremos el actual aviso en nuestro sitio web

#### **E. Quejas**

Quejas sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad o cómo esta clínica médica maneja su información de salud deben ser dirigidas a nuestro Jefe de Privacidad, listado al inicio de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina maneja una queja, puede presentar una queja formal a:

#### **Región VI - Dallas (Arkansas, Louisiana, Nuevo Mexico, Oklahoma, Texas)**

Jorge Lozano, Gerente Regional  
Oficina de Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
1301 Young Street, Suite 1169  
Dallas, TX 75202

Teléfono de voz (800) 368-1019  
FAX (214) 767-0432  
TDD (800) 537-7697  
[OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov)

El formulario de quejas se puede encontrar en [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf)

Usted no será penalizado en ninguna forma al presentar una queja.



## HECHOS QUE DEBE SABER ACERCA DEL SEGURO DENTAL

Seguro dental está jugando rápidamente un papel importante en ayudar a la gente a obtener tratamiento dental. Dado que sentimos que nuestros pacientes merecen el mejor cuidado dental posible que podemos proporcionar y en un esfuerzo por mantener la alta calidad de la atención, nos gustaría compartir algunos datos sobre el seguro dental con usted. Nuestro personal de la oficina entiende el seguro dental y estaremos encantados de ayudarle a obtener los beneficios máximos especificados en su plan de seguro dental.

**Hecho # 1:** Su programa de beneficios dentales es un contrato entre usted, su empleado y la compañía de seguros. NO SOMOS PARTE DE ESE CONTRATO.

**Hecho # 2:** El seguro dental no está destinado a ser un PAGO-ALL, sólo para ser y la ayuda.

**Hecho # 3:** Nuestros honorarios son generalmente, pero no necesarios, cubiertos en su totalidad por la asignación máxima. Determine por su portador. Muchas plantas dicen a sus asegurados que estarán cubiertos " hasta el 80% o hasta el 100% ", pero no especifican claramente la asignación programada de la tarifa de los planes, el máximo anual o las limitaciones. Hemos encontrado que la mayoría de los planes cubren aproximadamente "35% a 50%" en los servicios principales (coronas, puentes, canales radiculares) basados en el monto máximo preestablecido del plan que varía de un portador a otro.

**Hecho # 4:** Ha sido la experiencia de muchos dentistas que las compañías de seguros de vez en cuando dicen a sus asegurados que "los honorarios cobrados eran por encima de la tasa habitual y habitual", en lugar de decir "sus beneficios son bajos".

**Hecho # 5:** Muchos servicios dentales de rutina NO están cubiertos por el seguro. Por ejemplo: Óxido Nitroso (Gas Riéndose)

**Hecho # 6:** Usted, el paciente es en última instancia responsable ante nosotros por TODOS los honorarios por el servicio prestado.

**SI USTED NO DA NUESTRA OFICINA AL MENOS 24 HORAS AVISO DE CANCELACIÓN, USTED SERÁ CARGADO UNA CUOTA DE NOMBRAMIENTO ROTO DE \$ 25.00. SE ESPERA EL PELIGRO COMPLETO EN EL MOMENTO DE SU VISITA.**

Si su compañía de seguros no ha pagado su reclamo dentro de los 30 días de servicios prestados, entonces es SU RESPONSABILIDAD verificar para ver por qué la reclamación no se ha pagado y su saldo se debe en su totalidad. Nuestro puesto de oficina estará encantado de ayudarle de cualquier manera que puedan con respecto a sus pagos de reclamaciones de seguros.

Por favor, no dude en hacer preguntas acerca de nuestra política de oficina. Queremos que se sienta cómodo al tratar con estos asuntos y le instamos a que nos consulte con respecto a nuestros servicios y / o tarifas. Estamos aquí para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre su seguro o cualquier tratamiento dental.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente,  
Tutor o firma autorizada

\_\_\_\_\_  
legal Fecha



**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

\* Puedes negarte a firmar este acuse de recibo

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, \_\_\_\_\_ (Firma del paciente O Padre/tutor legal), reconozco que he recibido una copia de este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de la oficina o que el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de esta oficina se puso a mi disposición para recibirlo.

Yo, \_\_\_\_\_ (Firma del paciente O Padre/tutor legal), doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información personal.

Información de salud de su oficina para tratamiento, facturación / pago y operaciones de atención médica como se describe en el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

**Sólo para uso de oficina**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, según lo requerido por Ley, pero el reconocimiento no pudo ser obtenido porque:

Individuo se negó a firmar

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Barreras de comunicación prohibidas para obtener el reconocimiento

Una situación de emergencia nos impidió obtener un reconocimiento

Otro (especifique): \_\_\_\_\_