

FAMILY 1ST DENTAL

Estamos contentos de unirlo a nuestra familia de pacientes y amigos. Los beneficios de su salud, y una sonrisa son inmensos. Nuestro objetivo es de obtener su dientes y sonrisa atractiva porque usted se lo merece. Porfavor llene esta forma para que podamos darle la mejor atencion possible.

Informacion Del Paciente

Nombre: _____ Circule uno: Masculino Femenino

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de telefono de casa: _____ Numero de telefono de trabajo: _____

Correo electronico: _____

Como prefiere confirmacion de citas: **TEXTO CORREO ELECTRONICO LLAMADA**

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Seguro Social ___ - ___ - ___

Empleador: _____ Ocupacion: _____

A quien le podemos dar gracias por haber hecho referencia o como se entero de nuestra oficina.

Persona responsable- si es diferente de la anterior

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado ___ Codigo Postal: _____

Numero de telefono de casa: _____ Numero de telefono de trabajo: _____

Informacion sobre aseguransa

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado ___/___/___ #de ID en la tarjeta o seguro social _____

Empleador _____ Nombre de compania de aseguransa: _____

Relacion al paciente _____

Gracias por elegirnos como proveedor dental. Lo siguiente es nuestra poliza financiera. Pedimos que los pacientes lean la poliza financiera y que complete nuestro formulario Informacion del paciente antes de ver el medico/higenista

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra relación es con usted no su compania de seguro.

2. Todos los cargos son responsabilidad del usuario de la fecha se prestan sus servicios si su compañía de seguro paga o no. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos; consulte con su paquete de beneficios.
3. Actualmente somos proveedores con muchas aseguransas incluyendo Medicaid. Si tiene preguntas, porfavor pregunte. Co-pagos se pagan al momento del servicio: porfavor consulte a su paquete de beneficios.
4. Si la compania de seguros no paga su saldo completo dentro de un plazo de 45 dias, le pedimos que se ponga en contacto con ellos para ayudar a acelerar las cosas. Si hay un balance despues de que el pago ha sido recibido, esperamos que usted pague este equilibrio dentro de un plazo de 30 dias.

Debemos destacar que, en las profesiones del cuidado dental, nuestra relacion y preocupacion es con usted y su salud, no con su compania de seguros. Family 1st Dental legalmente no puede renunciar al pago de las franquicias y/o co-pagos .

Su compania de seguros solo paga por los servicios que estan en su poliza. Mediante la firma por debajo yo tambien reconozco que he sido notificado que mi seguro puede negar el pago por los servicios prestados. Si mi seguro o Medicaid deniega el pago, o solo paga una parte de la carga, estoy de acuerdo que personalmente y plenamente soy responsable de pagar en totalidad.

Pago por servicio es debido en el momento de servicios

Hay un descuento por pagar en totalidad en el momento de servicio sobre los montos de \$200.00

___ Dinero efectivo

___ Cheque personal

___ Debito o tarjeta de credito

___ Chase Finacial o Care Credit (si es aprobado)

Tardancia de pagos

Si no pago todo el equilibrio entre 60 dias de la fecha de facturacion mensual, un cargo por pagar tarde. 1.5% sobre el saldo no remunerado, a continuacion, y adeudadas se evaluara cada mes.

Firma de paciente/guardian-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? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

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

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

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

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

POR FAVOR, REVISE CON CUIDADO.

LA PRIVACIDAD DE SU SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRA DEBER LEGAL.

La Ley de Seguro y Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros medicos y otra informacion individual de salud identificable utilizado o divulgado por nosotros en cualquier forma, ya sea por via electronica, en papel, o verbalmente, se conservan adecuadamente confidencial. HIPAA le Ortega, al paciente, nuevos derechos importantes para comprender y controlar como su informacion de salud se utiliza.

HIPAA establece las sanciones para las personas, incluyendo nuestra práctica, que el mal uso de información de salud protegida (PHI). PHI es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que pueda identificar y que se relaciona con su pasado, presente, o future salud física o mental o condición y servicios relacionados con la atención de la salud. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y para proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI para tratamiento, pago, operaciones del cuidado de la salud, y para otros propósitos que se permiten o son requeridos por la ley. También describe sus derechos para tener acceso y controlar su información de salud. Este Aviso de Política de privacidad entra en vigor el 10-01-2013, y permanecerá en efecto hasta que la cambiemos. Tenemos la obligación de cumplir los términos del Aviso de Prácticas de privacidad que se encuentra en vigor.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento, siempre que dichos cambios son permitidos por la legislación aplicable. Nos reservamos el derecho a realizar los cambios en nuestras prácticas de privacidad efectivo para toda la PHI que mantenemos, incluyendo información de salud que nosotros aigamos creado o recibido antes de estos cambios.

Puede pedir una copia de HIPAA a cualquier momento. Para mas informacion sobre nuestras practices, o copias adicionales, por favor llamenos usando la inforacion que esta al final de este aviso.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Tratamiento: Podemos usar y divulgar su PHI a personal en nuestro oficina, así como a los médicos y otros profesionales de la asistencia sanitaria dentro o fuera de nuestra oficina, que intervienen en su atención médica y necesitan la información para proporcionarle atención médica y servicios relacionados. Por ejemplo, nosotros podemos usar o divulgar su PHI en las consultas y/o las discusiones sobre su atención médica y servicios relacionados con los proveedores de salud a quienes nosotros le referimos o recibamos referencias.

Pago: Podemos usar y divulgar su PHI para obtener pago por los servicios que le otorgamos. Si usted personalmente paga en complete por sus servicios, usted tiene el derecho a restringirnos de divulgar su PHI con respecto a dicho servicio(s) a su plan de salud/asegurador. Por ejemplo, se puede dar a su proveedor de seguros de salud información acerca de usted de modo que ellos paguen por su tratamiento.

Operaciones de Cuidado de la Salud: Podemos utilizar y divulgar su PHI en relación con nuestras operaciones de atención a la salud. Operaciones del cuidado de la salud incluyen evaluación de calidad y actividades de mejoramiento, la revisión de la competencia o de las cualificaciones de los profesionales de la salud, evaluación y desempeño de los proveedores profesionales, llevando a cabo programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias, y actividades de acreditación. Por ejemplo, para estudiantes medicos quienes estan aciendo trabajo en nuestra oficina, o llaman su nombre en la sala de espera.

Recordatorios de Citas y Otros Contactos: Podemos utilizar y divulgar su PHI cuando dejemos mensajes, tarjetas postales o cartas. Tambien podemos usa y reveler informacion medica para informarle sobre las alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de interes para usted.

Socios de Negocio: Podemos revelar su PHI a nuestras empresas asociadas, tales como servicios de facturación o los profesionales de la salud que prestan servicios como contratistas independientes, con el propósito de llevar a cabo las funciones especificadas en nuestro nombre y/o la prestación de los servicios. PHI sólo será usada o revelada si la información es necesaria para dichas funciones o servicios.

Su familia, amigos y representantes: Podemos utilizar o revelar su PHI para notificar o ayudar en la notificación de un miembro de la familia, pareja, amigo íntimo, su representante personal, una entidad asistiendo en un esfuerzo de alivio de desastres, o a cualquier otra persona responsable de o están involucrados en su cuidado. Si usted está presente, antes de su utilización o divulgación de su PHI que le brindarán la oportunidad de oponerse a tal uso o divulgación.

Abuso o negligencia: Podremos divulgar su PHI a las autoridades competentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o la víctima de otros delitos. Podemos divulgar su PHI en la medida en que sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o a la seguridad o salud de los demás.

Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: Podemos revelar su PHI a los jueces examinadores médicos o si es necesario, para fines tales como identificar una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar su PHI a los directores de funerarias según sea necesario para sus funciones.

Seguridad nacional: Bajo ciertas circunstancias, nosotros podemos revelar su PHI a las autoridades militares. Podemos revelar su PHI a los funcionarios federales autorizados según se requiera para las actividades lícitas inteligencia, contra-inteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Bajo ciertas circunstancias, nosotros podemos revelar su PHI a una institución correccional o al funcionario del cumplimiento de la ley con la que se está bajo custodia legal.

Recaudación de Fondos: Podemos comunicarnos con usted en relación con actividades de recaudación de fondos, sin embargo, usted tiene el derecho de optar por no recibir estas comunicaciones.

Violación de Datos Notificación: Podemos utilizar o divulgar su PHI para proporcionar avisos legales de acceso no autorizado o divulgación de su PHI.

Requerido por ley: Podemos utilizar o divulgar su PHI cuanto es requerido por la ley. Ciertas circunstancias incluyen, pero no son limitas a, cumplimiento de una orden de corte, la de denuncia obligatoria debido a graves o inminentes amenazas en publico, notificación obligatoria de abuso o descuido de niños, en respuesta a las auditorías de la agencia gubernamental o investigaciones, informes y declaraciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si es necesario a los efectos de investigar o determinar nuestro cumplimiento con HIPAA y Tecnología de la Información para la salud económica y salud Clínica (HITECH) normas.

USTED PUEDE PROVEER AUTORIZACIÓN ADICIONAL

Usos de Comercialización : Sólo podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de comercialización si usted nos autoriza a hacerlo. Dicha autorización nos permita divulgar la información médica protegida a un proveedor de terceros asociado de negocios con el fin de proveerle los productos complementarios o servicios cuando su médico cree que tales ofertas será de gran valor para usted. La autorización podrá ser revocada por escrito en cualquier momento. Revocación de la autorización no afectará a ningún uso o divulgación autorizada por su autorización mientras estuvo en vigencia.

Compras: Solo podemos usar o divulgar su PHI a manera que constitulle a compra de informacion si es que usted nos lo autorize. Su autorización no afectará a ningún uso o divulgación autorizada por su autorización mientras estuvo en vigencia.

De otras personas, por su autorización específica: además de nuestro uso de su PHI como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, que nos puede dar autorización por escrito para usar su PHI o revelar esta información a nadie para ningún proposito. Si usted nos da su autorización, la podra revocar en escrito a cualquier tiempo. Su autorización no afectará a ningún uso o divulgación autorizada por su autorización mientras estuvo en vigencia. Si la practica mantiene cualquier nota psicoterapia, no serán puestos en libertad a menos que usted firme una autorización, o si es requerida por la ley. Coherente con la información genética No Discriminación Ley (GINA), nuestra práctica no usar o divulgar su información genética a proveedores de seguros u otros fines de aseguramiento.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir copias de su información médica protegida, o para recibir su PHI electrónicamente, con excepciones limitadas. También puede solicitar que se prepare un resumen o una explicación de su PHI. Si mantenemos su información de salud protegida en formato electrónico, usted puede solicitar para ver su PHI en ese formato. Usted puede solicitar que nos proporcione copias o el resumen en un formato diferente de fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no sea posible. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no sea posible. Para obtener una copia o un resumen, debe realizar una solicitud por escrito y, a su vez, nos aporte una cantidad razonable de tiempo para responder, generalmente treinta (30) días. Usted puede enviar una carta o solicitar un formulario de nosotros usando la información de contacto aparece al final de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Le cobraremos un coste razonable para gastos tales como copias, franqueo, captura electrónica de datos, costos de compilación y/o personal. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este Aviso de Prácticas de privacidad para obtener una explicación completa de las tasas de la solicitud.

Notificación de una violación: Nosotros le notificaremos a usted de un quebrantamiento de las PHI no garantizados, como se requiere por ley HIPAA y la tecnología de la información de salud económica y Ley de salud Clínica (HITECH).

Divulgación Contabilidad: Usted tiene el derecho de recibir una lista de los casos, en su caso, en las que nosotros o nuestros socios de negocio o sus subcontratistas reveló su PHI para propósitos aparte de tratamiento, pago, operaciones de atención a la salud, y otros usos permitidos que se describen en este Aviso de Prácticas de Privacidad, de los últimos 3 años. Si usted selecciona esta lista más de una vez en un período de 12 meses, se puede cobrar un razonable costo para responder a las peticiones adicionales. Tiene derecho para solicitar la contabilidad en un formato electrónico.

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que nos coloquen restricciones adicionales con respecto a nuestro uso o divulgación de su PHI. No estamos obligados a estar de acuerdo con estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nos atenderemos a nuestro acuerdo, excepto en circunstancias de emergencia.

Alternativa Electrónica, o comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos, como en formato electrónico, o a otros lugares. Su solicitud debe especificar los medios alternativos o ubicación, y proporcionar explicación satisfactoria respecto a cómo los pagos se manejarán bajo los medios alternativos o de la ubicación que usted solicite.

Modificación: Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, que debemos enmendar su PHI. Su solicitud debe explicar por qué la información debe ser modificada. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Si usted recibe este Aviso de Prácticas de Privacidad en nuestro sitio web o por correo electrónico, usted tiene derecho a recibir una copia por escrito.

PREGUNTAS O QUEJAS

Si tiene alguna preocupación que podemos haber violado sus derechos de privacidad, o si usted no está de acuerdo con la decisión que hemos tomado sobre el acceso a su PHI o en respuesta a una solicitud que se hizo para modificar o restringir el uso o divulgación de su información médica protegida, o que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede ponerse en contacto con nosotros utilizando la información que aparece a continuación.

Además, puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le proporcionaremos la información de contacto para la presentación de la denuncia previa petición. Apoyamos el derecho a la privacidad de su PHI. Nosotros no tomaremos represalias de ninguna manera si usted desea presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Si quiere información adicional sobre sus derechos de privacidad, o si usted tiene preguntas o preocupaciones, por favor comuníquese con nosotros.

Funcionario de contacto: Teresa Johnson

Dirección: 2928 Hamilton Blvd.

Teléfono: 402-640-9626

Fax: 712-224-2075

Correo Electrónico: Teresa@familyfirstdental.com

FAMILY 1ST DENTAL

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

Nombre del paciente (impreso)_____

Firma_____

Relacion al paciente_____

Fecha_____