



Gentle Dental Care

OF ROCHESTER, PC

Información del paciente

Gracias por haber elegido nuestra consultorio para sus necesidades dentales. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarlo.

Nombre _____ Fecha _____ Núm. de identif. del paciente/SS/HIC _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento _____ E-mail _____

Teléfono de la casa (____) _____ Celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Prefiere que lo llamen al número de: La casa El trabajo Celular No tengo preferencia

Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por ____ años

Empleador o escuela del paciente _____ Ocupación _____

Dirección del empleador o escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de su cónyuge o su padre/madre _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

Persona con quien comunicarse en caso de emergencia _____ Teléfono (____) _____

Información del seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Núm. de grupo _____ Núm. de empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____

¿ TIENE SEGURO ADICIONAL? No Sí DE TENER, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de contratación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ Núm. de grupo _____ Núm. de empleador _____

Dirección de la Cía. de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha utilizado? _____ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? _____

Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Historial Dental

Dentista anterior _____ Fecha de las últimas radiografías dentales _____

Motivo de la vista de hoy _____

¿Qué tan frecuente se lava los dientes? _____ ¿Qué tan frecuente se limpia los dientes con hilo dental? _____

Por favor, marque cualesquiera de las siguientes condiciones que se apliquen a usted:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Aprieta los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al calor |
| <input type="checkbox"/> Encías que sangran | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes roto | <input type="checkbox"/> Sensible al dulce |
| <input type="checkbox"/> Chasquido en la quijada | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sensible al morder |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al frío | <input type="checkbox"/> Liagas o bultos en la boca |

Historial médico

Médico _____ Fecha de la consulta más reciente _____

Indique todo los medicamentos que toma actualmente: _____

(Circule) ¿Es usted alérgico a: **drogas, aspirina, penicilina, codeína, sulfa, sedantes, óxido nítrico, eritromicina, barbitúricos, metal, anestesia local, látex?** Ortos _____

(Mujeres) ¿Está embarazada? Sí No ¿Amamanta? Sí No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No

Marque con una (✓) si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Lesiones cardíacas congénitas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tratamientos con Cortisona | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Falta de respiración |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> VIH Positive | <input type="checkbox"/> Erupción de la piel |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor en la quijada | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies o los tobillos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Hábito de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de los nervios | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | Describalos _____ | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | |

¿Ha tomado alguna vez alguno de estos medicamentos?

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <i>Medicamentos dietéticos:</i> | <input type="checkbox"/> Dexfenfluramina | <input type="checkbox"/> Fen-phen | <input type="checkbox"/> Pondimin | <input type="checkbox"/> Redux |
| <i>Adelgazantes de la sangre:</i> | <input type="checkbox"/> Coumadin | <input type="checkbox"/> Warfarin | | |
| <i>Otro:</i> | <input type="checkbox"/> Levoxyl | <input type="checkbox"/> Synthroid | | |

Certificación y Traspaso

La información proporcionada es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si hay algún cambio en mi salud o en la salud de mi hijo(a) menor de edad.

Permiso Para Tratamiento de Menores

Yo Padre, Madre o Pariente Legal de _____
Nombre de Niño / Menor

y no hay orden de corte en efecto que me prohíba firmar este permiso. Por este medio doy permiso al Dentista y Asistentes Dentales para examinar, exámenes diagnósticos y tratamiento a mi niño/a como sea necesario. Esto incluye radiografías uso anestesia. Este permiso cubrirá situaciones de emergencia también. Yo o otro adulto responsable siempre acompañará al niño / menor para cuidados de rutina. Este permiso permanecerá en efecto hasta que yo como madre o padre lo retire por escrito.

Certifico que yo y/o mi(s) dependientes(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ Y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante seguro.

El doctor nombrando anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

GENTLE DENTAL CARE OF ROCHESTER PC

Normas del Paciente

1. Todas las formas y cartas requieran 1 semana para ser completadas. Esto incluye formularios escolares, registros dentales, copia de radiografías, solicitud de autorización previa, referencias y cartas oficiales.
2. Por favor traiga una lista actualizada de las condiciones de salud, cirugías anteriores y futuras, y todos los medicamentos recetados y los medicamentos de venta libre que usted está tomando.
3. Favor de traer su tarjeta de seguro corriente e identificación con foto en cada cita. Si usted tiene cualquier cambio en su seguro dejenos saber antes de venir a su cita para completar el cambio y contactar su seguro.
4. Si usted no puede asistir a su cita requerimos 24 horas para cancelar o cambiar su cita prevista. Nos reservamos el derecho a no programar mas citas si han perdido citas sin una cancelación de 24 horas
5. Favor de presente se a su cita a tiempo. Esto asegurará que todos los pacientes sean atendidos de una manera eficiente. Si alguna vez decide llegar temprano para una cita, no podemos garantizar que se verá pronto. Si va a llegar tarde a su cita, por favor llame a la Oficina para notificarnos. Si llega tarde, se verá en el orden que usted llegó. Si usted está 15 minutos tarde para su cita esto contará como una cita perdida, y su cita será reprogramada tan pronto como sea posible.
6. Nuestros proveedores intentan abordar cualquier preocupación que usted pueda tener en el momento de su cita. Por favor sea paciente cuando su proveedor corre tarde. Sepa tambien que se le prestarán la misma atención.
7. Por favor haga la línea para registrarse, al llegar o al salir, esto asegurará la intimidad de todos nuestros pacientes. Tenga todos los co-pagos listos al registrarse.
8. Cuando usted esté en la oficina o al llamar a la oficina, prometemos hablarle con respeto y cortesía. ¡Por lo tanto, pedimos que usted hable respetuosamente y con la misma cortesía a nuestro personal! Maldiciones y tonos amenazantes no serán tolerados y causarán un descarte permanente de la práctica. Cualquier conflicto personal deberá ser atendido por el jefe de oficina llenando las formas necesarias antes de ser discutido.
9. Mientras esté en la sala de espera, por favor mantenga las conversaciones por teléfono celular/uso de juegos en un volumen razonable, o por favor salga del vestíbulo, si no es posible. Una vez que sea llamado para el tratamiento, los teléfonos móviles se deberá poner en silencio o vibración. No llamadas, videos o imágenes, seran permitidos durante el tratamiento, si se descubre que se viola esta regulación usted será expulsado de la oficina. Si usted está esperando una llamada de emergencia, por favor notifique a un asistente, y podemos reprogramar su cita si es necesario.

10. Al entrar en el vestíbulo no se permitirá ningún alimento o bebida. Si usted o sus padres deben salir a comer, por favor notifique a recepción antes de salir de la Oficina.
11. No niños menores de 15 años pueden quedar desatendidos en la sala de espera sin ser acompañados por un adulto. Si usted acude a su cita sin otro adulto para supervisar a su(s) hijo(s), tendrás que volver a programar su cita.
12. Si usted tiene una cita y desea salir del vestíbulo, por ejemplo, por una llamada de telefónica, fumar, comer, etc., por favor notifique a la recepción antes de salir, si no lo hizo y le llaman esto resultará como una cita perdida.

Por favor, firme a continuación para indicar que ha leído y entendido completamente nuestras políticas.

Fecha

Firma del paciente

Gracias por su motivación en el cumplimiento de las normas del paciente. Siguiendo estas pautas podremos ser capaces de atender a todos nuestros pacientes con eficacia y proporcionarle la mejor atención.

ePrescriptions

Nombre de la Farmacia:

Dirección:

Telefono:

Gentle Dental Care of Rochester PC

Politica Financiera

Todos los pagos se espera a la hora del servicio (día de la cita)

1. El pago se requiere cuando los servicios se prestan al menos que otros arreglos se hayan hecho con anterioridad. Esto incluye coseguro aplicable y los co-pagos para las compañías de seguro que participan con nosotros. Un cargo de \$15.00 se añadira en el balance de su cuenta si no es pagada el día de servicio.
2. Aceptamos dinero en efectivo, giros postales, Visa, Mastercard, Discovery, American Express y Care Credit.
3. Todos los cheques devueltos se cobrará una tarifa de \$30.00
4. Los pacientes con un saldo de más de 30 días atrasados deben hacer los arreglos para pagar antes de programar más citas. Cuentas que no demuestran avances (pagos) durante 60 días la enviaremos a una agencia de cobros. Usted sera responsable por cargos implicados por la agencia de cobros.
5. Usted es responsable de informarnos de alguna nueva información sobre su seguro dental para cobrarle al seguro correctamente en su nombre. Información sobre su seguro dental debe ser actualizado para cada paciente de la familia porque que cada paciente tiene una cuenta individual.
6. Nosotros enviamos su cuenta a las compañías de seguro dentales participantes como una cortesía a usted. Usted está obligado a pagar los co-pagos en el momento del servicio. Si no hemos recibido el pago de su compañía de seguros dentro de 45 días después del día del servicio, se espera que usted pague el saldo completo. Usted es responsable de asegurarse de que todos los costos son pagados, sea por usted o por su compañía de seguro.
7. Los pacientes sin cobertura de ningún seguro médico se consideran “Pago Yo” y están obligados a entregar pagos en su totalidad en el momento de servicio a menos que otros arreglos se hubieran hecho antes.
8. Citas no canceladas 24 horas antes representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido atendido en el tiempo asignado a usted. Cancelaciones se solicitan 24 horas antes de la cita (una cita para el Lunes debe ser cancelada mas tardar el Viernes) o habra un cargo de \$30.00. Citas perdidas sin una cancelación previa pueden resultar en una despedida de la práctica.

Favor de firmar a continuacion para indicar que ha leído y entendido nuestra politica.

Fecha

Nombre Completo del paciente o Responsable

Numero de Seguro Social

Firma

GENTLE DENTAL CARE OF ROCHESTER PC

**AUTORIZACION DEL USO, DIVULGACION
Y PROTECCION DE INFORMACION DENTAL**

Me ha sido dada la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas Privadas (HIPAA) de Gentle Dental Care of Rochester, PC.

Yo _____ autorizo a Gentle Dental Care of Rochester, PC a comunicarme información concerniente a citas, medicamentos, aprobaciones, referidos y plan de tratamiento, al dejar mensajes en el contestador/correo de voz en los siguientes números de teléfono y/o correo electrónico:

Casa: _____ # Celular: _____
Email: _____

Firma _____ Fecha _____

Yo autorizo a Gentle Dental Care of Rochester, PC a divulgar la siguiente información:

Medicamentos Citas Aprobaciones Plan de Tratamiento

Solo la siguiente información

A los siguientes individuos:

Nombre _____ Relación _____
Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____
Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____
Teléfono _____

Esta autorización es efectiva hasta ___/___/___, a menos que sea revocada o terminada por el paciente o el representante del paciente. Usted puede revocar o terminar esta autorización al someter una revocación por escrito a nuestra oficina.

La privacidad de esta información no puede protegerse bajo las regulaciones federales de privacidad si fuese revelada por los individuos enumerados anteriormente.

Nombre _____ FDN ___/___/___

Firma _____ Fecha ___/___/___

Firma del Representante/Guardian _____

Relación con el paciente _____

Gentle Dental Care of Rochester PC
AVISO DE PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD

FECHA DE VIGENCIA: ___09/01/2013___

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, EXAMÍNELA CUIDADOSAMENTE.

CÓMO COMPRENDER EL HISTORIAL / LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Cada vez que usted visita un hospital, un médico, un dentista u otro proveedor del cuidado de la salud, se efectúa un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, los resultados del reconocimiento y las pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información que a menudo se denomina “su historial de la salud o médico,” sirve como la base para planear su cuidado y tratamiento y sirve como un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado. Comprender el contenido de su historial y cómo se utiliza la información sobre su salud lo ayuda a usted a asegurar su precisión, comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a la información sobre su salud, y lo ayuda a usted a tomar decisiones más informadas al autorizar la revelación a otros.

SUS DERECHOS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

A no ser que la ley lo exija, su historial de la salud es propiedad física del médico del cuidado de la salud o del centro que lo recopiló. Sin embargo, usted tiene ciertos derechos respecto de la información. Usted tiene derecho a:

1. **Recibir una copia de este Aviso de Prácticas de la Privacidad** de parte nuestra al inscribirse o a petición.
2. **Solicitar restricciones en nuestros usos y revelaciones de la información protegida sobre su salud** para las operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud. Sin embargo, nosotros nos reservamos el derecho a no consentir en la restricción solicitada.
3. **Solicitar recibir comunicaciones respecto de información protegida sobre la salud en confianza.**
4. **Inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre la salud** que contienen sus registros médicos y de facturación y cualquier otro registro de prácticas que utilicemos nosotros para tomar decisiones con respecto a usted. Se puede aplicar un cargo razonable por la copia.
5. **Solicitar una enmienda a la información protegida sobre su salud.** Sin embargo, nosotros podemos negar su solicitud de una enmienda si determinamos que la información o registro protegido sobre su salud que constituye el tema de la solicitud:
 - No fue creado por nosotros, a menos que usted provea una base razonable para estimar que el creador de la información protegida sobre su salud ya no está disponible para actuar sobre la enmienda solicitada;
 - No es parte de sus registros médicos o de facturación;
 - No se encuentra disponible para ser inspeccionado como se establece más arriba; o
 - Es precisa y completa.En cualquier caso, lo que se convenga al efectuar la enmienda será incluido como un agregado a, y no como un reemplazo de registros ya existentes.
6. **Recibir una contabilidad de las revelaciones de información protegida sobre la salud** efectuadas por nosotros para individuos o entidades aparte de usted, excepto para revelaciones:
 - Para realizar operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud como se estipula más arriba;
 - A personas involucradas en su cuidado o con otros fines de notificación como lo estipula la ley;
 - A correccionales o funcionarios del cumplimiento de la ley según lo estipula la ley;
 - Con fines de seguridad o inteligencia nacional;
 - Que hayan ocurrido antes de la fecha del cumplimiento de otras normas respecto de la privacidad (14 de abril de 2003);
 - Secundarias para otros usos o revelaciones lícitos;
 - Que formen parte de un conjunto de datos limitados (no contiene información protegida sobre la salud que identifique directamente a individuos);
 - Realizadas al paciente o a sus representantes personales;
 - Para las cuales se haya recibido un formulario escrito de autorización de parte del paciente
7. **Revocar su autorización para utilizar o revelar información sobre la salud**, excepto al punto que nosotros ya hayamos tomado medidas en dependencia de su autorización, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro, y otra ley aplicable provee al asegurador que obtuvo la autorización el derecho a defender una reclamación conforme a la política.
8. **Recibir una notificación si adolece de un incumplimiento de PHI no asegurada**

CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Esta organización puede utilizar y / o revelar su información médica para los siguientes fines:

Tratamiento: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud en la previsión, coordinación o administración del cuidado de su salud, incluyendo consultas entre proveedores del cuidado de la salud con respecto a su cuidado y remisiones para el cuidado de la salud de un proveedor del cuidado de la salud a otro.

Pago: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para obtener reembolsos por el cuidado de la salud que se le proveyó a usted, incluyendo determinaciones de elegibilidad y cobertura y otras actividades de evaluación de la utilización.

Operaciones Normales del Cuidado de la Salud: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para respaldar funciones de nuestra práctica relacionadas con el tratamiento y el pago, tales como actividades de garantía de calidad, administración de casos, recibo y respuesta a quejas de pacientes, evaluaciones de los médicos, programas de conformidad, auditorías, planeamiento de negocios, desarrollo, administración y actividades administrativas.

Notificaciones de Citas: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para comunicarnos con usted y proveerle notificaciones de citas.

Alternativas de Tratamiento: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para informarlo sobre o recomendarle posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que a usted le puedan interesar.

Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para informarlo sobre beneficios y servicios relacionados con la salud o clases de educación médica que a usted le puedan interesar.

Individuos Involucrados en Su Cuidado o el Pago de Su Cuidado: A menos que usted se oponga, nosotros podemos revelar la información protegida sobre su salud a sus familiares o amigos o cualquier otro individuo que usted identifique cuando los mismos están involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado. Nosotros sólo revelaremos la información protegida sobre la salud que se relacione directamente con su intervención en su cuidado o en el pago. Nosotros también podemos revelar la información protegida sobre su salud para notificar a una persona responsable de su cuidado (o para identificar a dicha persona) sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.

Asociados Comerciales: En nuestra organización pueden existir algunos servicios provistos a través de Asociados Comerciales. Algunos ejemplos incluyen servicios de médicos en el departamento de emergencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copias que nosotros utilizamos al hacer copias para usted del registro de su salud. Cuando se contratan estos servicios, nosotros podemos revelar la información sobre su salud en todo o en parte a nuestro Asociado Comercial, a fin de que pueda realizar el trabajo que le hemos pedido que haga. Para proteger la información sobre su salud, sin embargo, le pedimos al Asociado Comercial que salvaguarde su información de manera apropiada.

Donación de Órganos y Tejidos: Si usted es donante de órganos, nosotros podemos facilitar información médica a las organizaciones que manejen la obtención de órganos o el transplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donaciones, como sea necesario para facilitar la donación y el transplante de órganos o tejidos.

Compensación del Seguro Obrero: Nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de usted a programas que provean beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Enfermedades Transmisibles: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud a fin de notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

Actividades de Vigilancia de la Salud: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades.

Cumplimiento de la Ley: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud cuando lo exija la ley o en respuesta a una citación válida por orden de un juez. Por ejemplo, en casos de víctimas de abuso o violencia doméstica; para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; con relación a procedimientos judiciales o administrativos; o con relación a otros fines respecto del cumplimiento de la ley.

Militares y Veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud respecto de usted según lo exijan las autoridades del comando militar.

Juicios y Disputas: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud respecto de usted como respuesta a una orden de la corte o administrativa. También podemos revelar información médica sobre usted como respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal.

Presos: Si usted se encuentra preso en un correccional o bajo la custodia de un funcionario del cumplimiento de la ley, nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de usted al correccional o al funcionario del cumplimiento de la ley. Un preso no tiene derecho al Aviso de Prácticas de la Privacidad.

Abuso o Desatención: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, desatención o violencia doméstica. Nosotros sólo efectuaremos esta revelación si usted consiente o cuando lo exija o autorice la ley.

Recaudación de Fondos: A menos que usted nos avise que se opone, nosotros podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo por recaudar fondos para nuestro consultorio. Usted puede optar por recibir materiales sobre la recaudación de fondos comunicándonoslo al directivo de la privacidad del consultorio en cualquier momento llamando al número o escribiendo a la dirección que se encuentra al final de este documento. Esto también se documentará y describirá en cualquier material sobre la recaudación de fondos que usted reciba.

Juez de Instrucción, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias: nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud a un juez de instrucción o a un examinador médico. Esto puede ser necesario para identificar a un difunto o para determinar la causa del fallecimiento. Nosotros también podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de pacientes a directores de funerarias, cuando éstos la necesiten para cumplir con sus deberes.

Riesgos de la Salud Pública: Nosotros podemos facilitar su información protegida sobre la salud para actividades y propósitos de la salud pública a una autoridad de la salud pública que esté autorizada por la ley para reunir o recibir la información. La revelación se efectuará para fines tales como el control de una enfermedad, lesión o incapacidad.

Amenazas Graves: Según lo permiten las leyes aplicables y las normas de conducta ética, nosotros podemos utilizar y revelar la información protegida sobre la salud si, de buena fe, creemos que el uso o la revelación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA): Cuando lo exija la ley, nosotros podemos facilitar a la FDA información sobre la salud relacionada con sucesos adversos con respecto a los alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información vigilada post marketing para permitir la retirada, reparación o reemplazo de productos.

Investigación (paciente hospitalizado): Nosotros podemos facilitar información a los investigadores cuando una junta de evaluación institucional que haya evaluado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información sobre su salud haya aprobado su investigación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Se nos exige mantener la privacidad de la información sobre su salud. Además, se nos exige suministrarle a usted un aviso de sus deberes legales y prácticas de la privacidad respecto de la información que reunimos y mantenemos sobre usted. Nosotros tenemos que cumplir con los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y a hacer efectivas las nuevas disposiciones de toda la información protegida sobre la salud que mantengamos. Si nuestras prácticas de información cambian, se enviará por correo un aviso corregido a la dirección que usted haya suministrado cuando le fue solicitada. Si nosotros mantenemos una página web que provee información sobre los servicios o beneficios para nuestros pacientes / clientes, el nuevo aviso se publicará en esa página web.

No se utilizará o revelará la información sobre su salud sin su autorización escrita, excepto como se describe en este aviso. A excepción de como se indica más arriba, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR UN PROBLEMA

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o si desea obtener más información, puede contactar con nuestro Directivo de la Privacidad, Cathy Botana, al teléfono o la dirección de más abajo. Si usted cree que sus derechos respecto de la privacidad han sido violados, tiene derecho a presentar una queja al Directivo de la Privacidad en Gentle Dental Care or Rochester PC o al Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios. Nosotros no tomaremos represalias en contra de usted si efectúa tales quejas.

A continuación se incluye la información de contacto de ambos.

Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios de Estados Unidos
Oficina del Secretario
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Tel: (202) 619-0257
Línea Gratuita: 1-877-696-6775
<http://www.hhs.gov/contacts>

Gentle Dental Care of Rochester PC
Cathy Botana
Directivo de la Privacidad
295 Monroe Ave., Rochester, NY 14607
Tel: 585-467-4513
Fax: 585-467-4665
admin@rochestergentledentalpc.com

DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD

Este aviso se expondrá muy a la vista en la oficina donde tiene lugar la inscripción. A usted se le entregará una copia impresa en el momento en el que le facilitemos servicios por primera vez. A partir de entonces, usted puede obtener una copia a petición, y el aviso se mantendrá en la página web de la organización (si existe una página web aplicable) para que sea descargado.