

Información de Asegurancia Dental Primario

Nombre del Asegurado: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ #ID: _____ #Grupo: _____

Dirección del Asegurado: _____
Dirección 1 Dirección 2
Cuidad Estado Código Postal

Nombre de Empleador del Asegurado: _____

Dirección de Empleador: _____
Dirección 1 Dirección 2
Cuidad Estado Código Postal

Relación del paciente al asegurado: Mismo Espos(a) Hijo(a) Otro

Nombre de Asegurancia: _____

Dirección de Asegurancia: _____
Dirección 1 Dirección 2
Cuidad Estado Código Postal

Información de Asegurancia Dental Secundario

Nombre del Asegurado: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ #ID: _____ #Grupo: _____

Dirección del Asegurado: _____
Dirección 1 Dirección 2
Cuidad Estado Código Postal

Nombre de Empleador del Asegurado: _____

Dirección de Empleador: _____
Dirección 1 Dirección 2
Cuidad Estado Código Postal

Relación del paciente al asegurado: Mismo Espos(a) Hijo(a) Otro

Nombre de Asegurancia: _____

Dirección de Asegurancia: _____
Dirección 1 Dirección 2
Cuidad Estado Código Postal

Información de Contacto de Emergencia

Por favor anote el nombre y teléfono de alguien que podemos avisar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Por favor anote el nombre y teléfono de su médico:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Firma: **X** _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DENTAL

Nombre de Paciente: _____

Apellido

Nombre

Inicial

Razón principal de esta cita : Examen Emergencia Consulta

¿Tiene un problema dental hoy? Si No

Si respondió si, por favor explique: _____

¿Tiene exámenes dentales rutinariamente? Si No

¿Cual fue la última visita al dentista?: _____

¿Se cepilla los dientes rutinariamente? Si No

¿Con qué frecuencia?: _____

¿Usa hilo dental rutinariamente? Si No

¿Con qué frecuencia?: _____

¿Le gusta su sonrisa? Si No

Si no, ¿por qué?: _____

¿Cree que tiene una carie dental activa? Si No

¿Cree que tiene enfermedad de las encías? Si No

¿Le sangran sus encías? Si No

¿Tiene dientes móviles o flojos? Si No

¿Ha tenido alguna vez un tratamiento periodontal (de encías)? Si No

Si respondió si, ¿cuándo y dónde?: _____

¿Quiere conservar los dientes que permanecen o quedan? Si No

¿Tiene algún ruido, salto o molestia en la quijada? Si No

¿Tiene bruxismo o rechinar de los dientes? Si No

¿Fuma o mastica tabaco? Si No

¿Ha tenido alguna vez un tratamiento de ortodoncia (frenos)? Si No

¿Usa dentaduras (placas) completas o parciales? Si No

Si respondió si, ¿estás satisfecho con ellos?: _____

¿Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? Si No

Si respondió si, por favor explique: _____

Nombre de su dentista anterior (opcional): _____

Fecha de su última radiografía dental completa (16 radiografías pequeñas o panorámica): _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente: _____

Apellido

Nombre

Inicial

¿Está usted bajo el cuidado de un médico? Sí No

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____

¿Ha algún cambio dentro el año pasado en su salud general? Sí No

Si respondió sí, por favor, explique: _____

¿Ha tenido una enfermedad seria, operación, o ha sido hospitalizado dentro los últimos 5 años? Sí No

Si respondió sí, que enfermedad o problema?: _____

Por favor indique si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes enfermedades o problemas:

¿Ha tenido un reemplazo total de articulación ortopédica? Sí No

Si respondió sí, por favor, especifique: _____

¿Está registrado para comenzar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax, Actonel, Atelvia, Boniva, Reclast, Prolia) para osteoporosis o Enfermedad de Paget? Sí No

Si respondió sí, por favor, especifique: _____

¿Desde el 2001, estaba usted o está planeado para comenzar un tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia, Zometa, Xgeva) para dolor de los huesos, hipercalcemia, complicaciones esqueléticas resultando de la Enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? Sí No

Fecha que comenzó tratamiento: _____

¿Tiene un historial de cáncer en su familia? Sí No

Si respondió sí, quién y que tipo de cáncer: _____

Solo Para Mujeres:

¿Está embarazada? Sí No

Si respondió sí, quantas semanas de embarazo tiene: _____

¿Está tomando pastillas anticonceptivas o medicamento de reemplazo hormonal? Sí No

¿Está amamantando? Sí No

¿Ha tenido una prueba de papanicolau positiva? Sí No

Por favor indique si tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas. (Las siguientes marcadas con * requieren premedicación con antibióticos antes de cualquier tratamiento dental):

Válvula cardíaca artificial * Sí No

Endocarditis infecciosa previa * Sí No

Válvulas dañadas en corazón transplantado * Sí No

Cardiopatía congénita (CHD) * Sí No

Si ha tenido cardiopatía congénita (CHD), por favor indique si ha tenido:

CHD cianótico no reparado *

CHD reparado (completamente) en los últimos 6 meses *

CHD reparada con defectos residuales *

ALERGIAS

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes alergias?:

Acrílico	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Animales	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Aspirina	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Barbituatos, sedativos o pastillas para dormir	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Codeína o otros narcóticos	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Eritromicina	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Alimentos	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Polen (fiebre del heno) / estacionales	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Yodo	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Látex (Goma)	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Anestésicos locales	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Metales	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Penicilina	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Sulfas	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Tetraciclina	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Otra alergia	O Sí O No	Por favor, explique: _____

CONDICIONES MÉDICAS

Por favor indique si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes enfermedades o problemas:

Sangrados anormales	O Sí O No	Por favor, explique: _____
SIDA o infección por VIH	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Anemia	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Angina de pecho	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Arteriosclerosis	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Artritis	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Asma	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Enfermedad autoinmune	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Transfusión de sangre	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Bronquitis	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Tratamiento para el cáncer	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Enfermedad cardiovascular	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Dolor en el pecho al esforzarse	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Dolor crónico	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Insuficiencia cardíaca congestiva	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Coumadin / terapia anticoagulante	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Valvulas cardíacas dañadas	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Diabetes Tipo I or II	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Desorden alimenticio	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Enfisema	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Epilepsia	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Micción excesiva	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Desmayos o ataques	O Sí O No	Por favor, explique: _____
G.E. Reflujo / acidez estomacal persistente	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Enfermedad gastrointestinal / estomacal	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Glaucoma	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Infarto de miocardio	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Soplo cardíaco	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Hemofilia	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Presión alta de sangre	O Sí O No	Por favor, explique: _____
Colesterol alto	O Sí O No	Por favor, explique: _____

Infección por el virus papiloma humano (VPH)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Problemas de riñón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Baja presión de sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Desnutrición	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Trastornos de salud mental	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Desordenes neurológicos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Sudores nocturnos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Osteoporosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Otros defectos cardíacos congénitos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Marcapasos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Glandulas inflamadas persistentes en el cuello	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Infecciones recurrentes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Enfermedad cardíaca reumática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Fiebre reumática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Artritis reumatoide	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Dolores de cabeza / migrañas severas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Perdida de peso severa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Problema sinusal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Trastornos del sueño	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Ronquidos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Derrame cerebral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Lupus eritematoso sistémica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Problemas de tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Úlceras	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____
Otra enfermedad o condición	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Por favor, explique: _____

MEDICAMENTOS

¿Está tomando alguno de los siguientes medicamentos?

Aleve/Naproxeno	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Antibiótico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Antidepresivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Ansiada - Medicina/Sedante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Artritis - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Aspirina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Anticonceptivas/Reemplazo Hormonal - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Vejiga - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Presión Arterial - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Anticoagulante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Quimioterapia/Cáncer - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Colesterol - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Catarro/Tos - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Descongestionante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Diabetes - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Suplemento Dietético	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Diurético/Riñón - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Epilepsia/Convulsiones - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Corazón - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Ibuprofeno	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Inhalador/Respiratorio - Medicina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____

Hierba/Natural - Medicina	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Osteoporosis/Hueso - Medicina	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Dolor - Medicina	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Próstata - Medicina	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Alergia Estacional - Medicina	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Tiroides - Medicina	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Tylenol	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Úlcera/Acidez - Medicina	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Vitamina	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____
Otros Medicamentos	O Sí O No	Nombre de la medicación y con qué frecuencia se toma: _____

¿Usa sustancias reguladas (drogas)? O Si O No

Por favor especifique: _____

¿Bebe bebidas alcohólicas? O Si O No

Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?: _____

Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?: _____

¿Le ha recomendado algún médico o su dentista que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? O Si O No

Nombre del médico o dentista: _____

Teléfono del médico o dentista: _____

¿Tiene alguna enfermedad, condición, o problema que no esta mencionado arriba que cree que nosotros deberíamos saber?
O Si O No

Por favor, explique: _____

Autorización y Consentimiento

Yo entiendo que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que esta información se llevará a cabo en la más estricta confidencia y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio. No haré responsable al dentista, o a ningún otro miembro de la oficina de cualquier acción que tomen o no tomen debido a errores o omisiones que pueda haber hecho en completar estas formas. Por mi consentimiento yo autorizo la oficina dental a administrar medicamentos y hacer los procedimientos diagnósticos, fotográficos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dental adecuado. También autorizo el pago directamente a la oficina dental para beneficios de seguros, en vez de pagado a mí. Yo soy responsable de todos los gastos de tratamiento dentales. Y además entiendo que el pago es debido al tiempo y fecha del tratamiento, al menos de que se haiga hecho un arreglo anteriormente. Doy el derecho al dentista para divulgar mi historial dental / médico y otra información sobre mi tratamiento dentales a terceros pagadores y otros profesionales de salud. Además, doy permiso a la oficina dental para corresponderme a través de correo electrónico y / o mensaje de texto.

Firma del Paciente, Padre, o Guardian (Partido Responsable):

Firma: X _____

Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

NUESTRA PÓLIZA FINANCIERA

PAGO: Se espera el cargo o costo en completo pagado por cada cita en la que servicios sean proveídos. Sus opciones de pago son:

- Efectivo
- Débito
- Tarjetas de crédito mayores (MasterCard, Visa, Discover, American Express)
- CareCredit

ASEGURANZA DENTAL: La cobertura de su aseguranza dental es un contrato entre usted y su seguro dental. No existe ninguna relación directa entre nuestra oficina y su aseguranza dental. Los beneficios de su aseguranza son determinados por el tipo de el plan elegido por usted o su empleador y nosotros no somos parte de este contrato. Nosotros no tenemos ningún tipo de control sobre los condiciones de su contrato, método de reembolso, o determinación de sus beneficios. Los servicios dentales pueden ser definidos por su aseguranza dental como “no cubierto”, “negado”, o “mas de la cuota usual o de costumbre y razonable (UCR)”. Nosotros procesaremos su reclamo como una cortesía a usted. Nosotros no garantizamos pago y no nos responsabilizamos con proveerle las limitaciones de su plan, exclusiones, y provisiones determinados por su aseguranza dental. Usted esta de acuerdo pagar cualquier cargo no pagado por su aseguranza dental. Si su aseguranza dental requiere referencia o preautorización, usted es responsable de obtenerlo. Nosotros procesaremos una predeterminación por un tratamiento recomendado cuando usted lo pida.

CON RESPECTO DE CITAS: Cualquier tratamiento que sea más de \$500 en el pago estimado del paciente requerirá un depósito no reembolsable prepagado de \$100 para reservar una cita para tratamiento.

FACTURACIÓN: Cualquier balance de el cual se le factura a usted es debido al recibir la factura. Si alguna factura no se paga dentro de 30 días, una cuota de delincuencia de 29% será agregada a su cuenta.

Leí, entendí y estoy de acuerdo con esta póliza financiera. Doy mi autorización para que se dé a conocer la información en relación con cualquier reclamo de aseguranza dental presentada a mi nombre. Por medio del presente documento, solicito a la aseguranza que pague el adeudo con un cheque enviado por correo y expedido a nombre de John Avila DDS; en caso de que mi póliza actual prohíba el pago directo al doctor, entonces solicito a la aseguranza que expida el cheque a mi nombre y lo envíe por correo de la siguiente manera: c/o John Avila DDS, 8409 West Cleburne Road, Fort Worth, TX 76123. Autorizo al Dr. Avila a depositar los cheques recibidos en mi cuenta, cuando se expidan a mi nombre. Al firmar este documento, autorizo también al Dr. Avila a quejarse ante el Comisionado de seguros por cualquier causa, en mi nombre.

Paciente o parte responsable X _____ Fecha _____
(Firma)

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER POR LEY

La ley federal y estatal nos requiere que mantengamos la privacidad de su información de salud. También se nos requiere que le demos este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos en lo que concierne a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entra en vigor el 04/14/03, y estará vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean aplicables a toda la información de salud que mantengamos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible para el que lo solicite.

Ud. puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, sírvase comunicarse con nosotros utilizando la información al final de este Aviso.

USOS Y FORMAS DE REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos y revelamos su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar ó revelar su información de salud a un médico u otro proveedor de servicios de salud que le esté brindando tratamiento a usted.

Pagos: Podemos usar o revelar su información de salud para obtener pago por los servicios que nosotros le proveemos a usted.

Operaciones de los Cuidados de Salud: Podemos usar y revelar su información de salud en lo que se relaciona con nuestras operaciones de cuidados de salud. Las operaciones de cuidados de salud incluyen las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de cuidados de salud, la evaluación del rendimiento de los dentistas y proveedores, presentación de programas de formación, o las actividades para la acreditación, certificación, concesión de licencias y credenciales.

Su Autorización: Además de usar su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud, usted puede darnos su autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si Ud. nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida mientras la autorización estuvo vigente. A menos que nos dé su autorización por escrito, no podemos ni usar ni revelar su información de salud por ninguna razón excepto aquellas descritas en este Aviso.

Su Familia y sus Amigos: Debemos revelar su información de salud a usted, como está descrito en la sección de los Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información de salud a algún familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con sus cuidados de salud o con el pago por los cuidados de salud, pero sólo si usted está de acuerdo con que lo hagamos.

Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos usar o revelar la información de salud para notificar, o ayudar en la notificación de (incluyendo en la identificación o localización) un familiar, su representante personal u otra persona responsable por su cuidado, acerca de su localización, su condición general, o su muerte. Si se encuentra presente, entonces, antes de usar o revelar su información de salud, le provereemos la oportunidad para objetar dichos usos o revelaciones. En el caso de que se encuentre incapacitado o en circunstancias de emergencia, revelaremos su información de salud basándonos en una determinación usando nuestro juicio profesional y revelando solamente aquella información de salud que sea directamente relevante en la participación de la persona en sus cuidados de salud. Usaremos también nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con las prácticas usuales para hacer inferencias razonables acerca de su mejor interés al permitir a una persona recoger sus recetas, equipos médicos, radiografías. u otras formas similares de información de salud.

Mercadeo de Servicios Relacionados a la Salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización escrita.

Requerido por Ley: Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido por ley.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o es víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud hasta el grado necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contraespionaje, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos revelar a los funcionarios de una institución penitenciaria o a un oficial de la policía que tenga la custodia legal de la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorio de las Citas: Podemos usar o revelar su información de salud para proveerle recordatorios de las citas (tales como mensajes en el buzón de voz, postales, o cartas).

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Acceso: Usted tiene derecho a mirar o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no sea factible. (Debe someter una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Le cobraremos una cantidad razonable basada en el costo de los gastos tales como las copias y el tiempo del personal. Puede también solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$0.25 por cada página, \$10 por hora por el tiempo que el personal necesite para localizar y copiar su información de salud, y el franqueo si quiere que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato diferente, le cobraremos una cantidad basada en el costo de proporcionarle su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, le prepararemos, por una cantidad, un resumen o una explicación de su información de salud. Comuníquese con nosotros usando la información listada al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestros honorarios.)

Auditoría de las Revelaciones: Tiene derecho a recibir una lista de los casos en que su información de salud ha sido revelada por nosotros o por nuestros asociados para otros propósitos que no fueron para el tratamiento, el pago, las operaciones de los cuidados de salud y ciertas otras actividades durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril del 2003. Si Ud. solicita esta auditoría más de una vez en un periodo de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información de salud. No se nos requiere que aceptemos estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación Alternativa: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por métodos alternativos o a lugares alternativos. (Debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria de cómo se harán los pagos bajo el método o en el lugar alternativo que haya solicitado.

Enmiendas: Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electronico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (email), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nosotros por favor.

Si piensa que hemos violado sus derechos a la privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado acerca del acceso a su información de salud o en respuesta a su solicitud para enmendar o restringir el uso o revelación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por métodos o a lugares alternativos, puede presentarnos una queja usando la información al final de este Aviso. Puede someter una queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. Le proveeremos la dirección para someter su queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. si lo solicita.

Respalamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna clase si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

Funcionario de Contacto: John Avila DDS

Teléfono: (817) 292-5927 Fax: (817) 292-9595

E-mail: info@vistaridgedental.com

Dirección: 8409 West Cleburne Road, Fort Worth, TX 76123

CONFIRMACIÓN: Yo, he leído y entiendo el Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio y se ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

X
Firma (Paciente / Representante Legal)

Fecha

VISTA RIDGE DENTAL

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Yo, _____, doy permiso a Vista Ridge
Dental/John Avila DDS a divulgar la información protegida de salud incluyendo
información de mi tratamiento y cuenta a los siguientes personas:

1. _____

2. _____

3. _____

Firma (del paciente o representante legal) X _____

Fecha _____

PÓLIZA DE CANCELACIÓN DE CITAS

Nos esforzamos para lograr un excelente cuidado dental a usted y al resto de nuestros pacientes. En el intento de ser constante con esto, tenemos una Póliza de Cancelación de Citas que nos permite hacer citas para todos los pacientes. Cuando se hace una cita, ese tiempo se ha reservado para usted y cuando se pierde, ese tiempo no se puede utilizar para tratar a otro paciente.

Nuestra póliza es la siguiente:

Requerimos que usted dé a nuestra oficina un **aviso de 48 horas** en el caso de que necesite cambiar su cita. Eso permite que otros pacientes puedan hacer una cita en ese tiempo asignado. Si usted falta a su cita sin avisar a nuestra oficina dentro del tiempo requerido, esto se considera una cita perdida. Se le cobrará una tarifa de **\$70**. Esta tarifa no se puede cobrar a su aseguradora y será su responsabilidad directa. No se pueden hacer citas futuras, ni se pueden transferir registros sin el pago de esta tarifa.

Además, si un paciente llega más de **15 minutos tarde** sin aviso previo para la cita, consideraremos esto como una cita perdida y se cobrará la tarifa de cancelación de **\$70**.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta póliza, por favor avise a nuestra personal para aclarar cualquier pregunta que tenga.

Le agradecemos su patrocinio.

He leído y entiendo la póliza de cancelación de citas de la oficina y acepto estar obligado a sus condiciones. También entiendo y acepto que tales condiciones pueden ser cambiadas de vez en cuando por la oficina.

Paciente o parte responsable X _____ Fecha _____
(Firma)