

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información de la salud sobre usted puede ser utilizada y ser divulgada y cómo usted puede conseguir el acceso a esta información. Repáselo por favor cuidadosamente. La privacidad de su información de la salud es importante para nosotros.

Nuestra Obligación Legal

Estamos requeridos por la ley federal y del estado aplicable mantener la privacidad de su información de la salud. También nos requieren darle este aviso sobre nuestras prácticas de la privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos referentes a su información de la salud. Debemos seguir las prácticas de la privacidad que se describen en este aviso mientras que está en efecto. Este aviso tomó efecto el 1 de enero de 2003, y permanecerá en efecto hasta que lo substituyamos.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de la privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, con tal que tales cambios sean permitidos por ley aplicable. Reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de la privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información de la salud que mantengamos, incluyendo la información de la salud cual creamos o recibimos antes de que realizáremos los cambios. Antes de que realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de la privacidad, cambiaremos este aviso y haremos el aviso nuevo disponible a petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de la privacidad, o para las copias adicionales de este aviso, por favor este en contacto con nosotros usando la información enumerada en el extremo de este aviso.

Aplicaciones y Accesos de la información de la salud

Utilizamos y divulgamos la información de la salud sobre usted para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su información de la salud al médico o al otro abastecedor del cuidado médico que le proporciona el tratamiento.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información de la salud para obtener el pago para los servicios que le proporcionamos.

Operaciones del cuidado medico: Podemos utilizar y divulgar su información de la salud con respecto a nuestras operaciones del cuidado médico. Las operaciones del cuidado médico incluyen evaluación de calidad, y mejoría de actividades, repasando la capacidad o las calificaciones de los profesionales del cuidado médico, del funcionamiento de evaluación del médico y del abastecedor, programas de entrenamiento que conducen, acreditación, certificación, licenciando o actividades credenciales.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información de la salud para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado médico, usted puede darnos la autorización escrita de utilizar su información de la salud o de divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla escribiendola en cualquier momento. Su revocación no efectuará ningún uso o accesos permitido por su autorización mientras que estaba en efecto. A menos que usted nos dé una autorización escrita, no podemos utilizar o divulgar su información de la salud por ninguna razón excepto ésos descritos en este aviso.

Para su familia y amigos: Debemos divulgar su información de la salud a usted, según lo descrito en la sección de las derechas de los pacientes de este aviso. Podemos divulgar su información de la salud al miembro de la familia, al amigo o al otro personado del grado necesario para ayudarle con su cuidado médico o con el pago para su cuidado médico, pero solamente si usted conviene que podemos hacerlo.

Personas implicadas en cuidado: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para notificar, o asistir la notificación (incluyendo identificar o localizar) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsables de su cuidado, de su localización, su condición general, o muerte. Si usted está presente, después antes de uso o de acceso de su información de la salud, proveeremos de usted una oportunidad de oponerse a tales aplicaciones o accesos. En el acontecimiento sus circunstancias de la incapacidad o de la emergencia, divulgaremos la información de la salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que divulga solamente la información de la salud que es directamente relevante a la implicación de la persona en su cuidado médico. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con práctica común de hacer inferencias razonables de su mejor interés de permitir que una persona escoja prescripciones, fuentes médicas, radiografías, u otras formas similares de información de la salud.

Servicios de Comercialización Relacionados con la Salud: No utilizaremos su información de la salud para las comunicaciones de comercialización sin su autorización escrita.

Requerido por la ley: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para apropiarnos de cuando la ley nos requería hacerlo.

Abuso o Abandono: Podemos divulgar su información de la salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima posible del abuso, negligencia, o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos divulgar su información de la salud al grado necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud y a la seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de la salud del personal armado de las fuerzas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar la información federal autorizada de la salud de los funcionarios requerida para el inteligencia legal, la contrainteligencia, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos divulgar al funcionario de la institución correccional o de la aplicación de ley que tiene custodia legal de la información protegida de la salud de internos o del paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de cita: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para proveer de usted recordatorios de la cita (tal como mensajes por correo de voz, postales, correo electrónico, o cartas).

Derechos de Pacientes

Acceso: Usted tiene el derecho de mirar o de conseguir copias de la información de su salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que proporcionemos copias en un formato con excepción de las fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicita a menos que no podamos hacerlo practicable. Usted debe hacer una petición escrita para obtener el acceso a su información de salud. Usted puede obtener una forma para solicitar el acceso usando la información del contacto enumerada en el extremo de este aviso. Usted puede también solicitar el acceso enviándonos una carta a la dirección en el extremo de este aviso. Si usted prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud para un honorario. Manténganse en contacto con que usen la información enumerada en el extremo de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura libre.

Cuenta de Revelación: Usted tiene el derecho de recibir una lista de los casos en los cuales nosotros o nuestros socios divulgamos su información de la salud para los propósitos, con excepción del tratamiento, del pago, de operaciones del cuidado médico y de ciertas otras actividades, para los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en período de 12 meses, podemos cambiarle un honorario razonable, coste-basado para responder a estas peticiones adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que ponemos restricciones adicionales en nuestro uso o acceso de su información de salud. No nos requieren convenir estas restricciones, sino que si lo hacemos, seguiremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comunicamos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o a las localizaciones alternativas. (Usted debe hacer su petición en la escritura). Su petición debe especificar los medios o la localización alternativos, y proporciona explicaciones satisfactorias cómo los pagos serán manejados bajo los medios o localización alternativos que usted solicita.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendamos su información de salud. (Su petición debe estar en la escritura, y debe explicar porqué la información se debe enmendar). Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: Si usted recibe esta notificación en nuestro Web site o por el correo electrónico (E-mail), le dan derecho a recibir este aviso en forma escrita.

Preguntas y Quejas: Si usted desea más información sobre nuestras prácticas de la privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, este en contacto con nosotros por favor.

Si usted se refiere que pudimos haber violado sus derechos de la privacidad, o no esta de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una petición usted hizo para enmendar o para restringir el uso o el acceso de su información de salud o para hacer que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en las localizaciones alternativas, usted puede quejarse con nosotros usando la información del contacto enumerada en el extremo de este aviso. Usted puede también someter una queja escrita al Departamento de los servicios de salud y humanos de los E.E.U.U. Proveeremos de usted la dirección para archivar su queja con el Departamento de los servicios de salud y humanos de los E.E.U.U. a petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted elige archivar una queja con nosotros o con el . Departamento de los servicios de salud y humanos de los E.E.U.U.

Este en contacto con nuestra oficina del contacto de la Privacidad

RECONOCIMIENTO O RECIBO DEL AVISO DE LA PRÁCTICA DE LA PRIVACIDAD

Usted puede rechazar firmar este reconocimiento

Yo, _____, he revisado una copia de la privacidad practica de esta oficina.

POR FAVOR DE IMPRIMIR NOMBRE

FIRMA

FECHA

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procuramos obtener el reconocimiento escrito no podríamos ser obtenidos porque:

- Individuo rechazo a firmar
- Barreras de las comunicaciones prohibidas obteniendo el reconocimiento
- Una situación de emergencia evitó que obtuviéramos el reconocimiento
- Otra (Por favor de especificar)

BIENVENIDO

Gracias por seleccionar nuestra oficina dental. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades del cuidado dental, por favor llene este formulario lo mas preciso posible. Gracias.

1) INFORMACIÓN DE PACIENTE

Esta cita es para Mi Su Hijo/a

Nombre completo del paciente _____ # de Seguro Social _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Masculino Femenino
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Estudiante (Tiempo Completo) Sí No Nombre de Escuela _____
Empleado _____ Ocupación _____
Dentista Anterior _____ Telefono del Dentista Anterior _____
Médico Actual _____ Telefono del Medico Actual _____
A quién podemos agradecerle por referirle _____

2) TELEFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Telefono de Casa _____ Telefono de Trabajo _____ Celular _____
Correo Electrónico _____
En caso de emergencia, con quien podemos comunicarnos?
Nombre _____ Parentesco _____
Telefono de Casa _____ Telefono de Trabajo _____

3) PERSONA RESPONSABLE

Quién es responsable por este paciente?
Nombre y Apellido _____ # de Seguro Social _____
Es usted Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Masculino Femenino
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Empleado _____ Ocupación _____
Telefono de Casa _____ Telefono de Trabajo _____

4) INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Cobertura Dental Sí No
Nombre del Asegurado _____ Parentesco _____
de Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
Empleador del Asegurado _____
de Grupo del Seguro Dental _____ # de póliza de seguro dental _____
Nombre de Compañía de Seguro _____ Numero de Compañía de Seguro _____

5) HISTORIA DENTAL

- ¿Porque usted ha venido al dentista? _____
- ¿Usted requiere antibióticos antes de tratamiento dental?..... Sí No
- ¿Está usted actualmente en dolor?..... Sí No
- ¿Sus encías le han sangrado? Sí No
- ¿A tenido dificultades asociadas con cualquier trabajo dental anteriormente? .. Sí No
- ¿Usted ha experimentado o tiene dolor en su quijada?..... Sí No
- ¿Le han quitado sus anjinas o adenoides? Sí No
- ¿Se limpia los dientes con hilo dental diario? Sí No

6) HISTORIAL MÉDICAL

- ¿Usted se considera en buenas condiciones medicas? Sí No
- ¿Esta tomando algunos medicamentos? Sí No
- Si contesto si, Por favor liste _____
- ¿Es usted alérgico/a a cualquier medicamento? Sí No
- Si contesto si, Por favor liste _____
- (Mujeres)** ¿Esta embarazada?..... Sí No
- Si contesto si, cuantas semanas tiene? _____
- (Mujeres)** ¿Esta amamantando?..... Sí No
- (Mujeres)** ¿Esta tomando control de natalidad?..... Sí No
- ¿Es usted alérgico/a a la aspirina?..... Sí No
- ¿Es usted alérgico/a a la codeína?..... Sí No
- ¿Es usted alérgico/a a los anestésicos dentales?..... Sí No
- ¿Es usted alérgico/a al erythromicina?..... Sí No
- ¿Es usted alérgico/a a los productos del latex o material de goma?..... Sí No
- ¿Es usted alérgico/a a los metales?..... Sí No
- ¿Es usted alérgico/a a la penicilina?..... Sí No
- ¿Es usted alérgico/a la tetraciclina?..... Sí No

¿USTED HA TENIDO UNO DE LOS PROBLEMAS MÉDICOS SIGUIENTES?

- | | | | |
|----------------------------|---|--------------------------|---|
| Hemorragia anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Abuso de alcohol /drogas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ulceras de Fiebre/Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión Alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de riñon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión Baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dificultades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Emphysema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataques epilépticos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Anemia de célula de hoz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas nasals | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fiebre de malta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Derrame | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Infarto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de la tiroide | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Murmullo de Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cirugia en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ulcera Estomacal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

4) RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y entiendo el antedicho. Reconozco que mis preguntas se han contestado verazmente y al mejor de mi conocimiento. Autorizo a personal dental a realizar cualquier servicio dental necesario que pueda necesitar durante diagnosis y el tratamiento con mi consentimiento informado.

FIRMA _____ FECHA _____



Genesis Family Dental Encuesta de Sonrisa



1. ¿Usted tiene gusto del aspecto de sus dientes; su sonrisa?

_____ Sí _____ No

Si no, explique _____

2. ¿Sus dientes estan todos alineados (rectos)?

_____ Sí _____ No

Si no, explique _____

3. ¿Usted tiene espacios de que usted no tenga gusto?

_____ Sí _____ No

Si sí, explique _____

4. ¿Le gusta el color de sus dientes?

_____ Sí _____ No

Si no, explique _____

5. ¿Le gusta la forma de sus dientes?

_____ Sí _____ No

Si no, explique _____

6. Son sus dientes

¿Estrellados? _____ ¿Saltados? _____ ¿Escondidos? _____

7. ¿Sus dientes están gastados de las superficies penetrantes?

_____ Sí _____ No

Si sí, explique _____

8. ¿ Tiene rellenos viejos o trabajo dental que usted no tiene gusto de mirar?

_____ Sí _____ No

Si sí, explique _____

9. ¿ Qué le gustaria cambiar en el aspecto de sus dientes?

10. ¿ Cómo le gustaria que sus dientes se vean?
