



Lakeside Dental, PA

Informacion del Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Apellido

Nombre

Masculino Femenio Casado/a Soltero/a Nino/a _____

Telefono Residencia: _____ Trabajo: _____ Alterno: _____

Cual es su preferencia de horario: Manana Tarde Any Time L M M J V

Direccion: _____

Calle

Apartamento #

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Informacion Salud

Razon de la Visita: _____

Favor responder a las siguientes preguntas lo mejor que pueda, tomando en cuenta que las respuestas correctas son importantes para la calidad del cuidado. Toda la informacion que usted provee sera confidencial.

FAVOR RESPONDA AL CIRCULAR Si O No PARA CADA PREGUNTA.

1. Esta usted bien de salud? Si No
2. Ha habido algun cambio en su salud durante este ultimo ano? Si No
3. Fecha del ultimo examen con el medico? _____ Si No
4. Esta usted actualmente bajo cuidado medico? Si No
Si lo esta cual es la razon _____
5. Ha tenido alguna enfermedad seria, operaciones o ha estado hospitalizado? Si No
Describa y anote fechas aproximadas _____
6. Ha tenido algun tipo de sedacion intravenosa o anestesia general? Si No
Tuvo algun tipo de efectos negativos? _____
7. Por lo general, tolera tratamientos dentales sin ningun problema? Si No
8. **TIENE O HA TENIDA ALGUNA VEZ;**
 - A. Enfermedades del corazon detectadas desde su nacimiento? Si No
 - B. Fiebre reumatica o enfermedad del Corazon reumatica? Si No
 - C. Enfermedades cardiovasculares? Si No
 - D. Enfermedades pulmonares (Asma, Enfisema, Tos cronica, bronquitis, Neumonia, tuberculosis, falta de aire, tos severa)? Si No
 - E. Desordenes neurologicos (ataques, epilepsia, desmayos, mareos o desordenes nerviosos)? Si No
 - F. Enfermedades de la sangre (sangrando, anemia, transfusion de sangre, o le Salen moretes facilmente)? Si No
 - G. Enfermedades del hígado (jaundice, hepatitis)? Si No
 - H. Enfermedades de rinon? Si No
 - I. Diabetes? Si No
 - J. Enfermedades de la tiroide (hipotiroidismo, tumores)? Si No
 - K. Artritis? En donde? _____ Si No
 - L. Ulceras estomacales o problemas intestinales? Si No
 - M. Glaucoma? Si No
 - N. Llagas o lesiones frecuentes en la boca? Si No
 - O. Implantes / artificio en cualquier parte del cuerpo? (Corazon, cadera, rodilla)? Si No
 - P. Radiacion (tratamiento de rayos x contra el cancer) en la cabeza o cuello? Si No
 - Q. Ruidos en la mandibula, dolor cerca del oido cuando mastica? Si No
 - R. Problemas nasales o sinusitis? Si No
 - S. Alguna enfermedad de medicina, cirugia de transplante o HIV que haya

disminuido su sistema inmunologico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
T. Infecciones constants de cualquier indole?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. ESTA USTED TOMANDO O UTILZANDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE?		
A. Antibioticos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
B. Anticoagulantes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C. Medicaciones para la tirode?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D. Antihisaminicos, descongretonates?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E. Presion alta o Corazon?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F. Esterides?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
G. Tranquilizantes, antidepreisvos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
H. Medicinas Estomacales (anti acidos)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
I. Medicinas reducir ed colesterol?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J. Asprina, ibuprofen NSAIDS o medicinas anti-inflamatorias, narcoticos, opio u otro medicamento para reducir el dolor?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
K. Pastillas para bajar de peso de dieta (sin prescripcion o naturals)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
L. Vitaminas, remedies naturals (ginko biloba, efedra, ginseng, etc.) u otros suplementos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
M. Marihuna, cocaine u otros drogas recreacionales?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
N. Algun otro medicamento, pastilles, suplementos o drogas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
FAVOR DE ANOTAR TODAS LOS MEDICAMENTOS QUE ACTUALMENTE INGIERE: _____		
10. ES USTED ALERGICO O HA TENIDO ALGUNA REACCION A:		
A. Anestesia local (como nuvocania)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
B. Penicilina, amoxicilina o cefalosporina?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C. Barbituratos o sedantes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D. Codein, narcoticos u opio?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E. Latex?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F. Otras alergias o reacciones?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11. Tiene fiebre, piquetes o algerias en la piel, etc.?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12. Consume alcohol? Cuanto diariamente? Hace cuanto tiempo? _____		
13. Fuma?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14. Consume tabaco bucal?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15. Esta o ha estado en un programa de recuperacion alcholica o de drogas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
16. Tiene alguna otra enfermedad, condicion o problema que no haya sido listado que ustedpiense que el medico deba saber?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
17. Algun comentario adicional? _____		
18. MUJERES:		
A. Toma pastillas anticonceptivas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
B. Esta embarazada, tratando de quedar embarazada o alguna posibilidad que pudiera Estar embarazada?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C. Esta amamantando?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D. Esta tomando algun reemplazo hormonal?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Entiendo la importancia de la historia de salud verdadera y se que informacion encompleta pueda tener algun efecto en mi tratamiento. De acuerdo a mi conocimiento, la informacion anteriormente desrita esta completa y es verdadera.		

Fecha	Fima de la persona que complete la historia medico	
	<u>Referido Por:</u>	
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Othro paciente	<input type="checkbox"/> Referido por miembro de la familia
<input type="checkbox"/> Periodico	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Trabajo
		<input type="checkbox"/> Yellow Pages
		<input type="checkbox"/> Ohtra _____
Nombre de persona ha referido a nuestro oficina: _____		



FORMA GENERAL DE CONSENTIMIENTO

EL TRATAMIENTO A SER

Entiendo que debo tener trabajo dental hecho como detallado en el plan unido del tratamiento

DROGAS Y MEDICACIÓN Entiendo que los antibióticos, las analgesias, y otras medicaciones pueden causar reacciones alérgicas tales como rojez y hinchazón de tejidos finos, del dolor, de rasquera, de vomitar, y/o del choque analgésico (reacción alérgica severa). He informado al dentista de cualquier alergias sabidas a la medicación. Aconsejan las mujeres que los antibióticos pueden interferir con la eficacia del de las píldoras del control de la natalidad que los medios se recomienda de de la contracepción mientras que toma los antibióticos.

ÓXIDO NITROSO - Se me ha informado y entiendo que, aunque son infrecuentes, las complicaciones pueden resultar con la administration del óxido nitroso, incluyendo pero no limitado: náusea, el vomito, reacción alérgica, y fluctuaciones del en patrón de respiración, ritmo del corazón, y/o la presión arterial. También entiendo que ese honorario del is \$40.00 para el óxido nitroso y de las compañías de esos la mayoría seguros no paga la sedación del oxígeno que soy responsable de este honorario.

CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO Entiendo que puede ser necesario cambiar o agregar procedimiento debido a las condiciones encontradas mientras que trabaja en los dientes que no fueron descubiertos durante la examinación. Por ejemplo, terapia del canal de la raíz después de procedimientos. reconstituyente rutinario Doy mi permiso al dentista de hacer los cambios y las adiciones de alguno como necesario

EL RETIRO DE DIENTE Alternativos al retiro se ha explicado a mí (la terapia del canal de la raíz, las coronas, la cirugía periodontal, etc.), y yo autorizo al dentista a quitar los dientes siguientes____ y cualesquiera y todos los otros por razones en párrafo # 3. También entiendo que quitando los dientes no quita siempre toda la infección, si el presente y pueden ser necesarios tener tratamiento adicional. Entiendo los riesgos implicados en hacer los dientes quitar, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, extensión de la infección, zócalo seco, sinos expuestos, sangría excesiva, daños a los dientes adyacentes, pérdida de sensación en mis dientes, labios, lengüeta, y el tejido fino circundante que puede durar por un período indefinido del tiempo o de la quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar fomite el tratamiento de un especialista si se presentan las quejas, el coste de las cuales es mi responsabilidad

CORONAS Y CHAPAS El tratamiento implica el diente de la cubierta totalmente con un casquillo (corona) o la cubierta la superficie delantera del diente con un laminado consolidado coloreado de la porcelana llamado una chapa. Entiendo que no es a veces posible emparejar el color de dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Entiendo más lejos que puedo usar las coronas temporales, que salen fácilmente y que debo tener cuidado de asegurarse de que están guardadas encendido hasta que se entregan las coronas permanentes. Realizo que la oportunidad final de realizar cambios en mi corona nueva, puente, o veneer (forma incluyendo, ajuste, tamaño y color) estará antes de cementación. Es también mi responsabilidad volver para la cementación permanente en el plazo de 20 días de la preparación del diente. Excesivo retrasa puede tener en cuenta decaimiento, el movimiento del diente, la enfermedad de la goma, y/o problemas de la mordedura. Esto puede hacer necesario un rehacer de la corona, puente, or veneer. Entiendo que habrá cargas adicionales para rehace o el otro tratamiento debido a mi cementación permanente .

TRATAMIENTO DE ENDODONTIC (CANAL DE LA RAÍZ) Realizo que no hay garantía que el tratamiento del canal de la raíz ahorrará mi diente, y que las complicaciones pueden el occurfrom el tratamiento, y que el material de terraplenado del canal puede extender de vez en cuando con la extremidad de la raíz, los whichdoes no no necesariamente afectar el éxito del tratamiento. El diente puede ser sensible durante la oferta del tratamiento y del evenremain por una época después del tratamiento. Arraigue las fracturas que son duras de detectar son uno de los canales de la raíz del thatcause de las razones principales a fallar. Puesto que los dientes con los canales de la raíz son frágiles que otros dientes, una corona es necesaria tostrengthen y preserva el diente. También evita que un canal de la raíz infección otra vez. Entiendo que los archivos y los exprimidores thatendodontic son instrumentos muy finos y las tensiones en su fabricación pueden causarles el toseparate durante uso. Entiendo que la remisión a un especialista del canal de la raíz (endodontist) puede benecessary retirar los canales difíciles de la raíz o realizar de vez en cuando los procedimientos quirúrgicos adicionales que pueden ser necesarios terapia de siguiente del canal de la raíz (apicoectomy). Los honorarios de la especialidad son la responsabilidad del paciente. Entiendo que el diente se puede perder a pesar de todos los esfuerzos de ahorrarla.

PÉRDIDA PERIODONTAL (PÉRDIDA DEL TEJIDO FINO Y DEL HUESO) Entiendo que tengo una condición seria, causando la inflamación de la goma y del hueso y que pueda conducir a la pérdida de mis dientes y/o hueso de soporte. Los planes alternativos del tratamiento se han explicado a mí, incluyendo gumsurgery, a los reemplazos y/o a las extracciones. Entiendo que la enfermedad periodontal puede hacer que un adverso futuro afecte en el éxito a largo plazo del trabajo restaurativo dental.

RELLENOS Entiendo que una restauración más extensa que mi originalmente diagnosticado sea requerido debido al duringpreparation encontrado decaimiento adicional. Esto puede conducir a otras medidas necesarias para restaurar el diente a la función normal. Esto puede incluir el canal, la corona o ambas de la raíz. Entiendo que la sensibilidad es común después de un relleno nuevamente colocado El enlace de amalgama se ha ofrecido yo como tratamiento opcional para reducir sensibilidad y para consolidar rellenos o acumulaciones de la corona.

Las DENTADURAS, TERMINAN O PARTIAL Yo entiendo que las dentaduras llenas o parciales son artificiales, construido del plástico, del metal y/o de la porcelana. Los problemas de usar estas aplicaciones se han explicado a mí, incluyendo flojedad, dolor, y fractura posible. Irealize la oportunidad final de realizar cambios en mis dentaduras nuevas (forma incluyendo, el ajuste, el tamaño, la colocación, y el color)will sean los "dientes en cera" intentar-en visita. Dentaduras inmediatas (la colocación de dentaduras inmediatamente después de extractions)podrar ser incómoda al principio. Las dentaduras inmediatas pueden requerir varios ajustes y reforran. Una permanente reforra o un segundo sistema de dentaduras será más adelante necesario. Esto no se incluye en el honorario de la dentadura. El understandthat I es mi responsabilidad volver para la entrega de dentaduras. Entiendo que la falta de guardar citas de la entrega puede dar lugar a dentaduras mal cabidas. Si un rehacer es requerido debido a mi retrasa de más de 30 días, habrá cargas adicionales.

BLANQUEAR blanquear es un procedimiento hecho o en la oficina (1 hora) o en el país (2 semanas). El grado de blanquear varía con el individuo. El paciente medio alcanza el cambio considerable (1-3 cortinas en la cortina dental guide).Coffee, el té, y el tabaco mancharán los dientes después del tratamiento y deben ser evitadas por por lo menos 24 horas después del tratamiento. Entiendo que puedo experimentar la sensibilidad de la inflamación de los dientes y/o de la goma, que se desploman cuando se continúa el tratamiento. El doctor puede prescribir los tratamientos del fluoruro para los casos raros del persistentsensitivity. El peróxido del carbamide y otras soluciones del peróxido usados en blanquear de los dientes son aprobados por el FDA como antisépticos de la boca. Su uso como agentes que blanquean tiene riesgos desconocidos. La aceptación del tratamiento significa la aceptación de riesgos. Aconsejan las mujeres embarazadas consultar con su médico antes del tratamiento que comienza.

Tratamiento dental de Ninos Los ninos que son difíciles de manejar o de tener necesidades restaurativas extensas pueden necesitar ser especialista dental de los niños referidos (pedodontist). Nuestra preocupación principal es hacer el tratamiento dental tan agradable como sea posible para el yourchild. No forzaremos a su niño hacer el tratamiento hacer. Esto puede causar trauma psicologico.

IMPLANTES Implantes pueden ser complejos y pueden requerir citas múltiples terminar. La tarifa del éxito del implante es el aproximadamente 95%. El mantenimiento apropiado de las restauraciones del implant es crítico a su éxito a largo plazo. Los implants pueden fallar debido a las complicaciones médicas tales como diabetes, efectos de fumar, enfermedad de la goma, el orgrinding de dientes.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los médicos reputables no pueden garantizar correctamente resultados. Reconozco que no se ha hecho ninguna garantía o aseguramiento por cualquier persona con respecto al tratamiento dental, que he solicitado o autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y de hacer preguntas. Mis preguntas se han contestado a mi satisfacción. Consiento al tratamiento propuesto.

Firma del paciente/Padre/Guardian

Fecha



Lakeside Dental, PA

Poliza Financial

Nombre del paciente : _____ Fecha: _____

Gracias por escoger a LakePointe Dental, como su proveedor dental lo siguiente es nuestra poliza financiera, Nuestra preocupacion es que usted reciba el tratamiento adecuado y optimos para mantener su salud dental. Por lo tanto si tiene alguna pregunta o preocupacion sobre nuestra poliza de pagos por favor no tarde en preguntarle a nuestro administrador de oficina. Le pedimos a todos nuestros pacientes que lean y firmen nuestra poliza financiera junto con la forma de informacion del paciente antes de ver al dentista.

El pago para los servicios es debido cuando se rinden los servicios. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de credito. Estaremos contentos en procesar su aseguranza para usted desde luego nos proporsienen con la informacion adecuada. Sin embargo usted debe entender lo siguiente.

1. Su poliza de seguro es un contrato entre usted y su empleo y la compania de seguro nosotros "no" estamos afiliados con ese contrato nuestra relacion es con usted no con su compania de seguro.
2. Todos los cobros seguro son su responsabilidad sin importar si su compania de segura pague todos los servicios estan cubiertos en todos los contratos . Algunas de las aseguranzas seleccionan arbitrariamente que servicio no cubren.
3. Cobro por los servicios, junto con deductibles y co- pagos tienen que ser rendidos a la hora del tratamiento. Nostotros aceptamos . Efectivo, cheques y tarjetas de credito.
4. Si su compania de seguro no paga el balance completo en 30 dias le pedimos que se comuniquen con su seguro para apresurar el procedmiento de su demanda.
5. Si su aseguranza de seguro no paga por completo en plazo de 45 dias , nosotros requerimos que pague el balance debido en efectivo, cheque o tarjeta de credito.
6. Usted sera responsable en notificarnos inmediatamente cual quier cambio de direccion estado de trabajo, o aseguranza y habilidad de beneficios una falta de hacer tal puede resultar en un balance deferente por cual usted sera responsable.

Por favor tome nota de no cancelar su cita con 24 horas de anticipo resultara con un cobro de \$25.00 por la cita perdida. Aganos el favor de llamar para cambiar su cita.

Nostotros entendemos que temporalmente problemas finaciales afectan el pago a tiempo de su balance le sugerimos que nos communiqué algun problema para poder asistirte en el mantenimiento de su cuenta.

Una vez mas le agradecemos por elegimos como su proveedor dental. Apreciamos su confianza en nosotros y la oportunidad de servirles.

Firma del paciente / padre/ guardian / (si el paciente es menor de 18 anos padre o guardian debe firmar.)



Lakeside Dental, PA

RECONOCIMIENTO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted puede decidir no firmar

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de LakePointe Dental. Entiendo que LakePointe Dental tiene el derecho a cambiar las Prácticas de Privacidad de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con LakePointe Dental en cualquier momento para obtener una copia de la Notificación más reciente de las Prácticas Privadas.

Nombre del Paciente (en letra de molde) _____

Firma del paciente/ _____

Representante Legal
Relacion al Paciente _____

Fecha _____

PARA USO DE LA OFFICINA

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)



AVISO REFERENTE A LA POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUE MANERA SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACION REFERENTE A USTED Y DE QUE MANERA USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACION. SIRVASE LEER LA INFORMACION CON ATENCION.

Lakeside Dental. respeta su confidencialidad. Entendemos que su información médica personal es muy delicada. No revelaremos su información a otras personas a menos que usted nos lo pida o la ley lo autorice o nos obligue a hacerlo.

La ley protege la confidencialidad de la información médica que nosotros producimos y obtenemos en la prestación de nuestros servicios de atención médica. Por ejemplo, la información médica amparada incluye síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento, información medica proveniente de otros proveedores e información sobre cuentas y pagos relacionados con dichos servicios. La ley federal y estatal nos permite utilizar y revelar su información medica amparada para fines de tratamiento y tramites relacionados con la salud. La ley estatal dispone que obtengamos su autorización para revelar esa información con fines de pago.

EJEMPLOS DE UTILIZACION Y REVELACION DE INFORMACION MEDICA AMPARADA PARA FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y TRAMITES RELACIONADOS CON LA SALUD

Para tratamiento: La información obtenida por una enfermera, un medico o algún otro integrante de nuestro equipo de atención de la salud será anotada en su expediente medico y utilizada para ayudar a decidir la atención mas apropiada para su caso. También podemos proporcionar información a otras personas que le presta servicios de atención médica. Eso les ayudara a mantenerse informados acerca de su atención médica.

Para pago: Nosotros le solicitamos el pago a su plan de seguro medico. Los planes de seguro medico necesitan información que nosotros poseemos acerca de su atención medica. La información proporcionada a los planes de salud puede incluir sus diagnósticos, intervenciones realizadas o atención recomendada.

Para trámites de atención de la salud: Utilizamos sus expedientes médicos para evaluar la calidad y mejorar los servicios. Podríamos utilizar y revelar expedientes médicos para estudiar las calificaciones y rendimiento de nuestros proveedores de atención de la salud y para capacitar a nuestro personal. Podríamos comunicarnos con usted para recordarle de sus citas y proporcionarle información acerca de alternativas de tratamiento u otras prestaciones y servicios relacionados con la salud. Podríamos comunicarnos con usted para recaudar fondos. Podríamos utilizar y revelar su información para prestar servicios o concertar citas para servicios, entre otros:

- ~ Evaluación de la calidad medica por parte de su plan de salud;
- ~ Servicios de contabilidad, asuntos legales, administración del riendo y seguros;
- ~ Funciones de auditoria, entre ellas fraude detección de uso indebido y programas de cumplimiento.

Otras revelaciones y empleos de la información medican amparada

Notificación de los familiares y otras personas

A menos que usted se oponga, podremos revelar la información médica de usted a un amigo o familiar que intervenga en su atención medica. También podremos darle información a alguien que ayuda a pagar sus gastos médicos. Podremos informar a su familia y amigos de su estadol. Además, podremos revelar información médica sobre usted para ayudar en actividades de socorro.

Podríamos utilizar y revelar su información medica amparada sin su autorización en los siguientes casos:

A investigadores médicos: si la investigación esta aprobada y cuenta con políticas de protección de la confidencialidad de su información medica. También podríamos compartir información con investigadores médicos que se están preparando para realizar un estudio de investigación.

A directores de funerarias/encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosa de conformidad con las leyes aplicables, para facilitarles el ejercicio de sus deberes.

A bancos de órganos (donación y trasplante de tejidos) o a personas quienes obtienen, almacenan o trasplantan órganos. A la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) en relación con problemas de comida, suplementos y productos.

Para cumplir con las leyes de compensación al trabajador: si usted presenta una reclamación de compensación del trabajador.

Para fines de salubridad y seguridad según lo permita o disponga la ley: Todo uso y divulgación no incluida en este Aviso se hará únicamente dentro de lo permitido o dispuesto por la ley o con la autorización escrita de usted.

Sus derechos sobre información medican. Los expedientes médicos y de facturación que creamos y conservamos son propiedad del consultorio o institución medica. Sin embargo, la información médica amparada contenida en dichos expedientes, generalmente le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

Recibir este aviso, leerlo y hacer preguntas acerca de su contenido;

Pedirnos que limitemos ciertas clases de usos y revelación. Usted nos debe presentar dicha solicitud por escrito. No tenemos la obligación de conceder su petición. Pero cumpliremos con toda petición concedida;

Solicitar, y que nosotros le enviemos, una copia impresa actualizada del Aviso de la política de confidencialidad para información medica amparada (en adelante el "Aviso");

Solicitar que se le permita ver su información medica amparada y obtener una copia. Usted puede pedir esto por escrito. Tenemos un formulario precisamente para este fin.

Pedirnos que evaluemos un rechazo de acceso a su información medica (salvo en ciertas circunstancias);

Pedirnos que corrijamos su información medica. Usted puede pedir esto por escrito. Usted puede escribir una declaración de desacuerdo si negamos su petición. Esta se conservara en su expediente medico y se incluirá cada vez que se de a conocer su expediente.

Cuando usted lo solicite, le daremos una lista de las veces que su información médica haya sido revelada. La lista no incluirá revelación a terceros pagadores. Usted puede recibir esta información \$0.50 por cada hoja \$ \$25.00 por hora. Le avisaremos del costo incurrido si usted solicita esta información más de una vez en un periodo de 12 meses. Pedimos que le proporcionemos su información medica por otro medio o en otro lugar. Sírvase hacer su petición por escrito y firmarla y ponerle la fecha. Cancelar autorizaciones previas para utilice o revelar información medica, por medio de una revocación escrita. Su revocación no tiene ningún efecto sobre información que ya haya sido divulgada. Tampoco tiene efecto sobre acción alguna que hayamos realizado antes de que nos llegara. Algunas veces no se puede cancelar una autorización cuando su finalidad era obtener seguro.

Nuestras obligaciones

Tenemos la obligación de:

Conservar en calidad privada su información medica amparada;
Proporcionarle este Aviso;
Observar los términos de este Aviso.

Nosotros tenemos el derecho de modificar nuestras prácticas con respecto a la información médica amparada que conservamos. Si hacemos alguna modificación, actualizaremos este Aviso. Para recibir la copia mas reciente de este Aviso, llámenos para solicitarlo

Para pedir ayuda o quejarse

Si tiene preguntas, desea más información o desea reportar un problema referente al manejo de su información médica amparada, : Si usted piensa que sus derechos de confidencialidad han sido violados, puede hablar sobre el caso con cualquiera de los empleados. También puede entregarle una queja escrita a nuestro consultorio u oficinas. Asimismo, puede presentar una queja ante la Secretaria de Salubridad y Servicios Sociales (U.S. Secretary of Health and Human Services). Respetamos su derecho de presentar una queja ante la Secretaria de Salubridad y Servicios Sociales. Si se queja, no tendremos represalias contra usted.

Para cumplir con las leyes de compensación al trabajador: si usted presenta una reclamación de compensación del trabajador.

Para fines de salubridad y seguridad según lo permita o disponga la ley: Todo uso y divulgación no incluida en este Aviso se hará únicamente dentro de lo permitido o dispuesto por la ley o con la autorización escrita de usted.

Si necesita ayuda con estos derechos durante horas hábiles, comuníquese con:

Persona de Contacto: Pamela Linavong

Telefono: 972-292-3092 Fax: 972-292-3093

E-mail: Lakeside_dental@hotmail.com

Direcion: 407 W. Eldorado Parkway, Suite 140 Little Elm, TX 75068

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DESPUES DE FIRMAR.