

ACERCA DE USTED

Fecha de hoy: ___/___/___
Fecha de nacimiento: _____
EDAD: _____
Nombre: _____
Prefiero que me llamen: _____
 MASCULINO FEMENINO
N.º permiso de conducción: _____
Tel. particular: _____
Tel. móvil: _____
N.º S.S.: _____
Domicilio: _____
Ciudad Estado C. P.
Correo electrónico: _____
Contacto preferido: Correo electrónico SMS Teléfono

ACERCA DE SU TRABAJO

Nombre: _____
Dirección: _____
¿Cuánto tiempo lleva trabajando allí? _____
Ocupación: _____
¿Cuál es el mejor lugar/momento para ponernos en contacto con usted?

¿A quién podemos agradecerle que nos haya recomendado?

Otros miembros de la familia que hemos atendido:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre: _____
Tel. trabajo: _____ Tel. móvil: _____
Tel. particular: _____
Empresa: _____
N.º permiso de conducción: _____
Estado: _____
N.º S.S.: _____

INFORMACIÓN DENTAL

Dentista anterior/actual: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Última visita: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____
Dirección de facturación: _____
Ciudad Estado C. P.
Tel. trabajo: _____ Ext.: _____
Tel. particular: _____
Empresa: _____
N.º permiso de conducción: _____
Provincia: _____
N.º S.S.: _____

SEGURO DENTAL PRINCIPAL

Nombre del seguro: _____
Dirección del seguro: _____
Tel. aseguradora: _____
N.º póliza/grupo: _____
Nombre del asegurado: _____
Relación con el paciente: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Empresa del asegurado: _____
N.º S.S.: _____
Cobertura de ortodoncia: SÍ NO

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre del seguro: _____
Dirección del seguro: _____
Tel. aseguradora: _____
N.º póliza de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____
Relación con el paciente: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____
N.º S.S.: _____
Cobertura de ortodoncia: SÍ NO

HISTORIAL DENTAL

¿Por qué ha venido hoy al ortodoncista?

¿Siente dolor actualmente? SÍ NO
Describe su estado de salud dental actual:
 BUENO REGULAR MALO
¿Alguna vez ha tenido algún problema grave/complicado relacionado con un procedimiento odontológico anterior?
 SÍ NO

¿Alguna vez ha tenido algún dolor o sensibilidad en la articulación de la mandíbula? (ATM/DTM) SÍ NO

¿Le gusta a sonreír? SÍ NO

¿Hay veces que le sangran las encías? SÍ NO

¿Cuántas veces a la semana usa hilo dental? _____

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____

¿Qué tipo de cerdas de cepillo de dientes utiliza?

SUAVES MEDIAS DURAS

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene usted un médico personal? SÍ NO

Nombre: _____

Nº teléfono: _____ ¿Última visita? _____

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? SÍ

NO Explique: _____

¿Está tomando algún medicamento? SÍ NO

SOLO PARA MUJERES

¿Toma anticonceptivos? SÍ NO

¿Está embarazada? SÍ NO N.º semana: _____

¿Se encuentra en período de lactancia? SÍ NO

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS?

SÍ NO Soplo cardíaco

SÍ NO Cáncer

SÍ NO Diabetes

SÍ NO Fiebre

reumática

SÍ NO VIH+/SIDA

SÍ NO Hemofilia

SÍ NO Asma

SÍ NO Hepatitis

SÍ NO Tuberculosis

SÍ NO Prótesis

SÍ NO Defecto cardíaco congénito

SÍ NO Convulsiones/Epilepsia

SÍ NO Sangrado anormal

SÍ NO Discapacidad auditiva

SÍ NO Alguna operación

SÍ NO Alguna hospitalización

SÍ NO Problemas

renales/hepáticos

SÍ NO

Minusvalías/Discapacidades

SÍ NO Alergias a algún

medicamento

SÍ NO Antecedentes de

escarlatina

Indique cualquier problema grave de salud que haya tenido:

¿ES ALÉRGICO A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS/MATERIALES?

SÍ NO Aspirina

SÍ NO Codeína

SÍ NO Látex

SÍ NO Penicilina

Nuestra oficina se compromete a cumplir o superar las normas de control de infecciones establecidas por la Administración en Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Asociación Dental Americana (ADA).

Se requiere la totalidad del pago en el momento de tratamiento, a menos que se haya aprobado previamente otra disposición.

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta a mi saber y entender, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado de salud. Asimismo, autorizo al personal odontológico a que realice los servicios dentales necesarios que pueda necesitar durante el tratamiento.

Firma

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

He revisado verbalmente la información médica/dental anterior con el progenitor/tutor y el paciente aquí indicados

Iniciales: _____ Fecha: _____

Comentarios del médico: _____

Comentarios: _____

Actualización del historial médico

1. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____

2. Fecha: _____ Firma: _____

Comentarios: _____



Informado De Consentimiento

Este documento tiene como fin reiterar los temas de nuestra conversación durante la consulta en relación con los frenos/fijación de bandas para usted o su hijo. Se pueden lograr excelentes resultados ortodóncicos con pacientes informados y cooperativos. La siguiente información se brinda normalmente a cualquier persona que esté considerando un tratamiento ortodóncico. Como cualquier otro tratamiento médico, la ortodoncia tiene algunos riesgos y limitaciones inherentes. Estos rara vez impiden algún tratamiento; sin embargo, se deben considerar a la hora de decidir si utilizar frenos. No dude en preguntar cualquier duda que tenga.

Generalmente, el tratamiento ortodóncico sigue según lo programado, e intentamos hacer todo lo posible para lograr los mejores resultados para cada paciente. Sin embargo, no podemos garantizar que estará completamente satisfecho con los resultados, ni tampoco podemos anticipar todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación en el cumplimiento de las citas, la mantención de una buena higiene oral, el cuidado de los aparatos dentales y el cumplimiento prudente de las instrucciones del ortodoncista.

La salud del hueso y las encías que sostienen el diente se puede ver afectada por el movimiento dental ortodóncico si existe algún problema anterior y, en algunos casos poco comunes, donde no se vea ningún problema. En general, el tratamiento ortodóncico reduce la posibilidad de dientes sueltos o infecciones de la encía debido a la desalineación de los dientes o la mandíbula. Se puede producir una inflamación de las encías y la pérdida del hueso de sostén si la placa bacterial no se elimina diariamente con una buena higiene oral.

Se puede producir una descalcificación (marcas permanentes), desgaste o enfermedad periodontal si los pacientes no mantienen una higiene adecuada y minuciosa durante el tratamiento. El cepillado, el uso de hilo dental y la eliminación de la placa bacterial son elementos fundamentales. Se deben eliminar los alimentos azucarados y entre comidas.

Durante el tratamiento, es posible que los pacientes deban utilizar separadores o elásticos. Estos aplican fuerza en sus dientes para que así se muevan a sus posiciones correctas. Los resultados se pueden ver afectados por el tiempo de uso. Se deben usar como se indica. Si un separador se desprende de los tubos o de los arcos de alambre mientras se aplica la fuerza del elástico, puede retraerse y provocar una herida.

Los dientes tienen la tendencia de volver a su posición original después del tratamiento. Los problemas más graves son más propensos a reincidir. El uso de los aparatos para la fase final es fundamental. A medida que se desarrollan las muelas del juicio, es posible que sus dientes se alineen. Su dentista debe supervisarlos para determinar cuándo se deben retirar, en caso de ser necesario.

Es posible que se produzcan dientes no vitales o muertos. Un diente que se ha traumatizado producto de un empaste profundo o incluso de un golpe leve puede morir durante un largo período con o sin tratamiento ortodóncico. Un diente no vital sin detectar puede surgir durante un movimiento ortodóncico que requiera endodoncia (tratamiento de conducto) para mantenerlo.

A veces, los ápices radiculares del diente se acortan durante el tratamiento. Esto se denomina resorción radicular. No se sabe con exactitud que la provoca, tampoco es posible anticipar que pacientes la experimentarán. Cabe señalar que existen diversas causas de resorción radicular, con excepción de la ortodoncia. En condiciones saludables, esto no es una desventaja, pero en caso de una enfermedad periodontal posterior, esto podría reducir la longevidad del diente. Si se detecta la resorción durante el tratamiento ortodóncico, su ortodoncista puede recomendar una interrupción en el tratamiento o el retiro de los aparatos antes de completar el tratamiento ortodóncico.

En ocasiones, los problemas pueden surgir en las articulaciones de la mandíbula; es decir, las articulaciones temporomandibulares (TMI, por su sigla en inglés), lo que provoca dolor en las articulaciones, dolores de cabeza o problemas en el oído. Estos problemas pueden ocurrir con un tratamiento ortodóncico o sin él. Cualquiera de los síntomas mencionados anteriormente se debe informar de inmediato a su ortodoncista. Es posible que se necesite un tratamiento por parte de otro especialista dental o médico. Es probable que aparezcan imperfecciones mínimas en la forma en que se alinean sus dientes después de finalizado el tratamiento. Es posible que su dentista recomiende un equilibrio (remodelación selectiva o reformación del diente) u otro tratamiento especial para mejorar la relación oclusal o mandibular. Puede que también se deba eliminar una pequeña cantidad de esmalte entre los dientes; es decir, "alisar" las superficies para reducir la posibilidad de que vuelva a ocurrir.

Informado De Consentimiento

Es muy poco común que una persona que se ha desarrollado normalmente y en una proporción media no tenga la posibilidad de seguir haciéndolo. Si se ha desarrollado de forma desproporcionada, la relación mandibular puede verse afectada y los objetivos originales del tratamiento pueden verse comprometidos. Este es un proceso biológico y va más allá del control de cualquier persona. En estos casos, se recomienda un tratamiento quirúrgico.

El tiempo total del tratamiento se puede demorar más de lo estimado. La falta de desarrollo facial, el uso de elásticos deficiente, los aparatos rotos y las citas perdidas son todos factores importantes que podrían aumentar el tiempo de tratamiento y afectar la calidad del resultado.

A veces los aparatos ortodóncicos se pueden tragar o aspirar por accidente, o puedan irritar o dañar los tejidos orales. Las encías, las mejillas y el labio se pueden herir o irritar debido a aparatos sueltos o rotos, o por golpes en la boca. Es posible que el área se encuentre más sensible de lo normal después del ajuste, y el período y nivel de sensibilidad varía con cada paciente, según el procedimiento realizado. (El período normal de sensibilidad después del ajuste puede durar entre 24 y 48 horas). Debe informar a su ortodoncista ante cualquier síntoma inusual o aparatos rotos o sueltos lo más pronto posible.

En ocasiones poco comunes, cuando el ortodoncista o su asistente utilizan instrumentos dentales en la boca, pueden rasguñar, pinchar o golpear un diente accidentalmente y provocar daños o dolencias potenciales en las estructuras orales. También es posible que las estructuras dentales se desgasten si el paciente rechina sus dientes en exceso.

Cuando se intenta mover dientes retenidos (dientes que no se pueden extraer normalmente), especialmente caninos y molares terceros (muelas del juicio), a veces se pueden encontrar diversos casos que pueden producir problemas periodontales, problemas reincidentes o pérdida de dientes. Algunos casos requieren la extracción de dientes temporales (de leche) o dientes permanentes. Existen riesgos adicionales con la extracción de los dientes, que debe analizar con su dentista o cirujano oral antes del procedimiento. Además, los dientes pueden retenerse, unirse al hueso o simplemente ser incapaces de extraerse. El tratamiento de estos problemas depende de la circunstancia en particular y la importancia general del diente afectado, ya que puede necesitar una extracción, un procedimiento quirúrgico o un reemplazo.

Se han informado algunos incidentes de pacientes con frenos transparentes y de colores que han experimentado la rotura de los frenos o daños a los dientes, entre los que se incluyen atrición y descamación del esmalte o roturas a la hora de desligar. Los frenos rotos pueden provocar que algunas piezas se suelten y sean dañinas para el paciente en caso de ser tragadas o aspiradas.

Debido a la amplia variación en tamaño y forma de los dientes, es posible que se requiera un tratamiento dental restaurador para lograr el resultado más ideal (por ejemplo, el cierre completo del espacio en exceso). Los tipos más comunes de tratamiento son el procedimiento adhesivo cosmético, la atención odontológica restauradora de coronas y puentes o la terapia periodontal. Se recomienda realizar las consultas correspondientes en relación con el cuidado médico y dental complementario con el tratamiento ortodóncico de aquellos doctores que ofrecen estos servicios.

Los problemas médicos generales pueden afectar el tratamiento ortodóncico. Debe informar a su ortodoncista ante cualquier cambio en su salud.

He leído y entendido la información contenida en este documento y apruebo el tratamiento. Acepto estar expuesto a fotografías, rayos x y modelos dentales antes, durante y después del tratamiento, y para el uso de los mismos por parte del ortodoncista en documentos o demostraciones específicos.

Nombre del paciente

Nombre del padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años)

Firma del paciente (o del padre/tutor si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

Le cobraremos una tarifa razonable por gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se indica al final de esta notificación. Si solicita copias, se cobrará una tarifa por el tiempo que el personal emplee en copiar su información médica, así como los gastos de envío si desea recibir las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, se le cobrará una tarifa en función de los costes derivados de proporcionarle su información médica en ese formato. Si lo prefiere, elaboraremos un resumen o explicación de su información médica por una tarifa. (Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta notificación para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas).

Responsabilidad de revelación: tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos revelado su información médica para fines que no sean los de tratamiento, pago, actividades de atención médica y otras actividades concretas, durante los últimos seis años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podremos cobrarle una tarifa razonable basada en el coste por responder a dichas solicitudes adicionales.

Restricción: tiene derecho a solicitar que apliquemos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información médica. No estamos obligados a aceptar dichas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, respetaremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación alternativa: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación a su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. (Debe realizar su solicitud por escrito). La solicitud debe especificar los medios o las ubicaciones alternativos, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se realizarán los pagos en función de los medios o las ubicaciones alternativos que solicite.

Corrección: tiene derecho a solicitar que corrijamos su información médica. (La solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos corregir la información). Podremos denegar su solicitud en determinadas circunstancias.

Notificación electrónica: si recibe esta notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico, tiene derecho a recibirla por escrito.

Podremos utilizar y revelar información médica sobre usted para fines de tratamiento, pago y actividades de atención médica. Por ejemplo:

Derecho a notificación de infracción: recibirá notificaciones de infracciones de su información médica protegida no segura según lo exige la ley.

Notificación electrónica: puede recibir una copia impresa de esta notificación, previa solicitud, incluso si ha acordado recibir esta notificación electrónicamente en nuestro sitio web o por correo electrónico.

DUDAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene dudas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros. Si le preocupa que hayamos podido violar sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que haya realizado para modificar o restringir el uso o la revelación de su información médica o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede hacernos llegar una queja utilizando la información de contacto que se muestra al final de esta notificación. Asimismo, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Previa solicitud, le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.

Nombre e información de contacto de la persona encargada de la privacidad:

Connie Moore (816)-363-2900

Este material tiene fines exclusivamente educativos, no constituye asesoramiento jurídico y solo abarca la legislación federal, no la estatal. Los cambios en las leyes o normativas aplicables pueden requerir una revisión. Los dentistas deben ponerse en contacto con sus abogados para obtener asesoramiento jurídico relativo al cumplimiento de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) y las normas y regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.



Notificación de prácticas de privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA DETENIDAMENTE.

La legislación federal y estatal aplicable nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica. También nos exige que le proporcionemos esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación con su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en esta notificación mientras que se encuentre vigente. Esta notificación entra en vigor el 1/1/2009 y permanecerá vigente hasta que la sustituyamos. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento, siempre y cuando la legislación aplicable permita dichos cambios.

Nos reservamos el derecho a hacer efectivos los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los términos de nuestra notificación para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que hayamos creado o recibido antes de haber realizado los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos esta notificación y ofreceremos la nueva notificación previa solicitud.

Puede solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de esta notificación, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que se muestra al final de esta notificación.



CÓMO PODREMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

Tratamiento: podremos utilizar o revelar su información médica a un médico o a otro profesional sanitario que le esté proporcionando tratamiento.

Pago: podremos utilizar y revelar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionemos. Entre las actividades de pago se incluyen la facturación, recopilación, gestión de reclamaciones y determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago por parte de usted, de una empresa aseguradora o de un tercero.

Actividades de atención médica: podremos utilizar y revelar su información médica en relación con nuestras actividades de atención médica. Entre las actividades de atención médica se incluyen las actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales sanitarios, la evaluación de la actuación del médico y los profesionales sanitarios, la realización de programas de formación, la acreditación, la certificación y las actividades de acreditación o concesión de licencias.

Personas involucradas en el cuidado: podremos utilizar o revelar la información médica para notificar o ayudar a notificar (lo que incluye identificar o localizar) a un miembro de su familia, a su representante personal o a cualquier otra persona responsable de su cuidado, su ubicación, su estado general o su fallecimiento. Si está presente, antes de utilizar o revelar su información médica, le daremos la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de que esté incapacitado o en circunstancias de emergencia, revelaremos su información médica según lo decidamos basándonos en nuestro juicio profesional, y únicamente revelaremos la información médica que sea directamente relevante para la participación de las personas involucradas en el cuidado de su salud. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para deducir razonablemente que es de su completo interés permitir que otra persona recoja las recetas prescritas, los suministros médicos, las radiografías u otras formas similares de información médica.

Ayuda en caso de catástrofe: podremos utilizar o revelar su información médica para ayudar en las tareas de ayuda en casos de catástrofe.

Requisito legal: podremos utilizar o divulgar su información médica cuando la ley nos obligue a hacerlo.

Actividades de salud pública: podremos revelar su información médica para actividades de salud pública, lo que incluye revelaciones para:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar de maltrato o negligencia infantil
- Informar de reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o afección; o informar a las autoridades correspondientes si creemos que un paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica.

Seguridad nacional: podremos revelar a las autoridades militares la información médica del personal de las fuerzas armadas en determinadas circunstancias. Podremos revelar, a funcionarios federales autorizados, información médica requerida para actividades de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podremos revelar a la institución correccional o al funcionario encargado del cumplimiento de la ley que tenga la custodia legal de la información médica protegida de un preso o paciente.

Secretaría del HHS: podremos revelar su información a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Remuneración de los trabajadores: podremos revelar su información médica protegida en la medida que haya sido autorizada y hasta el punto que sea necesario para cumplir las leyes relativas a la remuneración de los trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

Aplicación de la ley: podremos revelar su información médica protegida para fines de aplicación de la ley según lo permitido por la HIPAA, como es requerido por ley, o en respuesta a una citación u orden judicial.

Investigación: podremos revelar su información médica protegida a investigadores cuando, para garantizar la privacidad de su información, un comité institucional de revisión o un comité de privacidad con protocolos establecidos haya aprobado sus investigaciones.

Procedimiento administrativo y judicial: si está involucrado en un pleito o disputa, podremos revelar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos revelar información médica acerca de usted en respuesta a una citación, requerimiento de pruebas u otro proceso legal.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: podremos revelar su información médica protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podremos revelar su información médica protegida a los directores de funerarias, conforme a la ley aplicable, para permitirles llevar a cabo sus funciones.

Recaudación de fondos/Marketing de servicios relacionados con la salud: es posible que nos pongamos en contacto con usted para proporcionarle información sobre nuestras actividades patrocinadas, según lo permita la ley. Si no desea que le enviemos dicha información, puede renunciar a ello. No utilizaremos su información médica para realizar comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Recordatorios de citas: podremos utilizar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo electrónico, mensajes de voz, tarjetas postales o cartas).

DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Acceso: tiene el derecho a ver o recibir copias de su información médica, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Utilizaremos el formato que nos solicite, a menos que no resulte viable. (Debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica). Puede obtener un formulario para solicitar el acceso mediante la información de contacto que se muestra al final de esta notificación.



Reconocimiento Del Paciente de la Practica de Privacidad

Dado que las leyes relativas a la privacidad de los pacientes están cambiando, es nuestra responsabilidad informarle de cómo se gestionarán sus datos. Esta notificación describe cómo se podrá utilizar y revelar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información y recibir notificaciones.

LEA DETENIDAMENTE Y ESCRIBA SUS INICIALES que ha leído y entendido cada enunciado. Si desea realizar cambios, debe notificarlo a nuestra oficina para que se puedan actualizar sus datos.

_____ Soy consciente de que puedo leer la "Notificación de prácticas de privacidad" aquí, en la oficina, y de que puedo recibir una copia previa solicitud. Entiendo que se reservan el derecho a cambiar los términos de esta notificación y que puedo ponerme en contacto con ustedes en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de esta notificación.

_____ Autorizo al personal a revelar mi información y obtener el pago de terceros pagadores (por ej. una empresa aseguradora).

_____ Autorizo al personal de esta oficina a proporcionar la información pertinente a otros profesionales sanitarios que participen de forma directa o indirecta en mi tratamiento.

_____ Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o revelación que se produzca con anterioridad a la fecha en la que revoco este consentimiento no se verá afectado.

_____ Soy consciente de que el personal se identificará como empleados de una oficina médica al confirmar las citas, devolver mis llamadas o realizar llamadas rutinarias de seguimiento.

_____ Doy mi consentimiento para recibir mensajes electrónicos de las consultas en mi teléfono móvil y cuenta de correo electrónico proporcionados, y esto se aplicará a los recordatorios/comentarios/información médica en el futuro si solicito un cambio por escrito para denegar la recepción de comunicaciones electrónicas. Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

_____ Autorizo a las siguientes personas a tener acceso a mi información médica, lo que incluye recibir consejos sobre mi estado, hacer mis citas y tratar mis asuntos de facturación. También entiendo que, al no indicar nombres, no estoy dando mi autorización para revelar la información mencionada anteriormente a otra persona que no sea yo.

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de esta oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Solo para uso de la oficina

Hemos intentado obtener un acuse de recibo por escrito de nuestra Notificación de prácticas de privacidad, pero no hemos podido obtenerlo porque:

- La persona se ha negado a firmar
- Las barreras de comunicación han impedido obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos ha impedido la obtención del acuse de recibo
- Otro (especifique) _____