

FAMILY DENTISTRY OF MILFORD

Jiten Patel, D.D.S

100 Sussex Avenue
Milford, DE 19963
Phone: (302) 422-6924

Aviso de Prácticas de Privacidad según HIPAA

Sus derechos: Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico: • **Puede pedir ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico** y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, usualmente dentro de 30 días después de su solicitud. Solicitar que corriamos su expediente médico: • **Puede pedirnos que corriamos información médica sobre** usted que considere incorrecta o incompleta. • Es posible que no podamos aceptar su solicitud, pero le informaremos por escrito dentro de 60 días explicando por qué. **Solicitar comunicaciones confidenciales:** • Puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o del trabajo) o que enviemos correspondencia a una dirección distinta. • Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables. Solicitar limitaciones sobre el uso o intercambio de su información: • **Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta** información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. • No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos decir “no” si afecta su atención. • Si usted paga completamente de su bolsillo por un servicio o producto médico, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora. • Diremos “sí” a menos que la ley requiera compartir esa información. Obtener una lista de con quién hemos compartido información: • **Puede pedir una lista (rendición de cuentas) de las** veces que hemos compartido su información médica en los seis años anteriores a su solicitud, con quién la compartimos y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago y operaciones, y ciertas otras (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Le proporcionaremos una lista gratis por año, pero cobraremos una tarifa razonable si solicita otra dentro de 12 meses. **Obtener una copia de este aviso de privacidad:** • Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. **Elegir a alguien para que actúe en su nombre:** • Si ha designado a alguien con poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. • Verificaremos que esa persona tenga la autoridad antes de actuar. Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos: • **Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos**, contactándonos a la información indicada arriba. • También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. **Sus Opciones:** Para cierta información médica, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. **En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:** • Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su Cuidado • Compartamos información en una situación de ayuda por desastre • Incluyamos su información en un directorio hospitalario Si no puede comunicarnos su preferencia —por ejemplo, si está inconsciente— podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad. **En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:** • Con fines de mercadeo • Venta de su información • La mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia. **Nuestros Usos y Divulgaciones:** ¿Cómo usamos o compartimos su información médica habitualmente? **La usamos o compartimos** de las siguientes maneras: Para tratarlo: • Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. ¿De qué otras formas podemos usar o compartir su información médica? Estamos autorizados o requeridos por ley a compartir su información de otras maneras —generalmente para contribuir al bien público, como salud pública e investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad: • Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones como: • Prevenir enfermedades • Ayudar con retiradas de productos del mercado • Informar reacciones adversas a medicamentos • Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica • Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona Realizar investigaciones: • Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas. Cumplir con la ley: • Compartiremos su información si la ley estatal o federal lo requiere, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad. Trabajar con un médico forense o director funerario: • Podemos compartir su información médica con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando una persona ha fallecido. Atender compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales: • Podemos usar o compartir su información médica: • Para reclamaciones de compensación laboral • Para propósitos legales o con un oficial de la ley • Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley • Para funciones gubernamentales especiales como seguridad nacional, servicios presidenciales de protección y funciones militares Responder a demandas y acciones legales: • Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación legal. **Nuestras Responsabilidades:** • Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. • Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. • Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia. • No usaremos ni compartiremos su información excepto como se describe aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos da autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si desea revocar su consentimiento.

Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

FAMILY DENTISTRY OF MILFORD

Jiten Patel, D.D.S

100 Sussex Avenue
Milford, DE 19963
Phone: (302) 422-6924

Políticas de la Oficina

• Nuestro objetivo es brindar atención de alta calidad a nuestros pacientes y también respetar sus horarios. En equidad hacia otros pacientes y al personal de la oficina, requerimos aviso con anticipación cuando se cambie o cancele una cita.

INICIALES _____

- Todas las citas **DEBEN** ser confirmadas. **INICIALES** _____
- Cuando usted agenda una cita, reservamos ese tiempo y nos preparamos para su procedimiento específico. Si necesita reprogramar, le pedimos amablemente que nos contacte con aviso anticipado.
- Los pacientes que continúan faltando sin notificación y/o cancelando sin aviso previo pueden ser restringidos a programar solo citas el mismo día.
- Cualquier paciente que llegue tarde puede ser considerado como “no presentado” para su cita y puede necesitar ser reprogramado.

Política Financiera

- Todos los saldos del paciente deben pagarse inmediatamente después de que se realice el tratamiento. Por favor pregunte si está interesado en conocer opciones de financiamiento con terceros, que pueden permitirle financiar su tratamiento en pagos mensuales bajos o sin intereses por 6 o 12 meses.
- Si se genera un saldo en la cuenta, se enviará un estado de cuenta y el pago debe realizarse en su totalidad antes de la fecha indicada, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado.

INICIALES _____

- Puede aplicarse una tarifa por cheque devuelto, y esta deberá ser pagada por usted por cada cheque que sea regresado por su banco.
- El seguro dental es un contrato entre el paciente, su empleador (si aplica) y la aseguradora. Entiendo que esta oficina presenta reclamos a la aseguradora como una cortesía, no como una obligación. En última instancia, soy responsable de cualquier tratamiento que no sea cubierto por el seguro.

INICIALES _____

ENTIENDO QUE ESTA OFICINA NO ES PROVEEDOR PARTICIPANTE NI ESTÁ EN RED CON NINGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS. INICIALES _____

- Si hay un seguro dental en la cuenta, entiendo que esta oficina ha establecido el saldo del paciente basado en la información que he proporcionado. El pago final del tratamiento está sujeto a los términos y condiciones de mi aseguradora en la fecha del servicio. Por lo tanto, hasta que se reciba el pago de la aseguradora, ningún pago del paciente será considerado como final.
- Los estimados no toman en cuenta ningún monto que haya sido facturado hacia mi máximo financiero o los límites de tratamiento que puedan haberse usado en otras clínicas dentales. Sin embargo, es solo un estimado. Las predeterminaciones de mis aseguradoras **NO** garantizan el pago.

He leído, entiendo y acepto la política de citas anteriormente descrita. He leído, entiendo y acepto la política financiera anteriormente descrita.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

FAMILY DENTISTRY OF MILFORD

Jiten Patel, D.D.S

100 Sussex Avenue
Milford, DE 19963
Phone: (302) 422-6924

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? ☐ GOOGLE ☐ FACEBOOK ☐ OTRO: _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes? Marque todos los que correspondan:

- | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|
| ☐ HIV | ☐ Sangrado excesivo | ☐ Trastornos nerviosos | ☐ Derrame cerebral | |
| ☐ Alergias: _____ | ☐ Desmayos | ☐ Osteoporosis | ☐ Enfermedad tiroidea | |
| ☐ Anemia | ☐ Glaucoma | ☐ Marcapasos | ☐ Tuberculosis | |
| ☐ Ansiedad / Depresión | ☐ Lesiones en la cabeza | ☐ Enfermedad de Parkinson | ☐ Tumores | |
| ☐ Artritis | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Desfibrilador | ☐ Úlceras | |
| ☐ Reemplazo de articulación | | ☐ Actualmente embarazada | Fecha estimada: _____ | |
| ☐ Prolapso de la válvula mitral | ☐ Asma | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Enfermedad de la sangre | |
| ☐ Ataque cardíaco | ☐ Tratamiento con radiación | ☐ Enfermedad venérea | ☐ Cáncer | |
| ☐ Presión arterial alta | ☐ Diabetes | ☐ Problemas respiratorios | ☐ Mareos | |
| ☐ Alergia a la codeína | ☐ Alergia a la penicilina | ☐ Ictericia | ☐ Fiebre reumática | |
| ☐ Enfermedad renal | ☐ Reumatismo | ☐ Epilepsia | ☐ Enfermedad hepática | ☐ Convulsiones |
| ☐ Trastornos mentales | ☐ Problemas sinusales | ☐ Problemas estomacales | ☐ OTRO: _____ | |
-

¿Actualmente está bajo el cuidado de un médico que no sea su médico primario? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió sí, por favor explique: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

¿Necesita tomar antibióticos antes de una cita dental? ☐ SÍ ☐ NO

¿Utiliza productos de tabaco? ☐ SÍ ☐ NO

Firma del paciente o representante legal: _____

SOLO PARA PACIENTES NUEVOS

Fecha de su última visita dental: _____

¿Ha tenido radiografías dentales en los últimos 5 años? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre de su último dentista: _____ Teléfono: _____