



alamance pediatric dentistry

M. Todd Grooms, DDS, MS
& Associates

Diplomate of the American Board of Pediatric Dentistry

306-c Alamance Road Burlington, NC 27215

T 336-227-5444 F 336-227-0029

Estamos muy contentos en darle la bienvenida a su familia a nuestra práctica.

La primera visita al dentista puede ser la mas importante en la vida de su niño. Es una experiencia que ayudará a determinar actitudes de salud por toda una vida. Por eso es que vamos lentamente, y tomamos todo el tiempo que su niño necesite para sentirse cómodo y alentar la curiosidad.

Nosotros hacemos las primeras citas temprano en el día para que los niños estén más descansados. Usted puede ayudar a que la primera visita sea agradable reforzando nuestro papel como el médico que ayuda a mantener los dientes sanos. Se le dará la bienvenida a usted durante la visita de su niño. Sin embargo, si usted piensa que su niño será más cooperativo sin su presencia, o si usted está alentando la independendencia, es aceptable que usted espere en la recepción. Nosotros le explicaremos todo lo que le haremos a su niño para que no existan sorpresas. Queremos construir una relación de confianza y amistad con usted y con su niño.

En cuanto al examen dental, nosotros revisamos cuidadosamente los dientes y las encías. Además, evaluamos el crecimiento dental, el desarrollo de la mordida y cómo está alineada la quijada de su niño. Puede que tomemos radiografías para una revisión más profunda de los dientes o la quijada.

Cuándo le damos la bienvenida a un nuevo paciente al consultorio, también le damos la bienvenida a cualquier pregunta que ustedes los papas puedan tener acerca de las pólizas de nuestra oficina, seguro dental, y honorarios. Nosotros trabajamos muy duro para controlar el costo del cuidado dental. Es nuestra filosofía que la calidad de nuestra atención esté disponible a todos, a pesar la situación financiera. Nosotros le explicaremos sobre nuestros honorarios en el caso que se requiera tratamiento dental. El seguro dental hace la vida más fácil. Nosotros enviamos los cobros al seguro dental electrónicamente y le contestaremos con mucho gusto cualquiera pregunta que se presente. Cada póliza es diferente, pero en general, los seguros cubren el 100% del cuidado preventivo, 80% del cuidado básico, y 50% de los servicios mayores. Estimamos la porción de servicios no cubierta por su plan de seguro dental y coleccionamos sólo esa cantidad y la cantidad del deducible que le aplique en la fecha del servicio.

Nosotros le aplicamos a su cuenta el pago recibido por la compañía de seguro dental, y le cobramos cualquier balance que quede pendiente, y se le reembolsará cualquier sobre pago a su petición.

Les pedimos a nuestros pacientes sin seguro dental, que paguen por los servicios el mismo día que estos fueron completados. (Aceptamos cheques, tarjetas de débito, VISA, Mastercard y CareCredit). CareCredit es un plan de financiamiento sin interés o de muy bajo interés; tenemos estas solicitudes en la oficina.) Si esto es imposible para usted, nosotros podemos negociar un plan financiero que sea conveniente para los dos. Nosotros pensamos que siempre existirá una manera de conseguirle la ayuda que usted necesite.

Procuraremos contactarle para recordarle acerca de las citas dentales de su niño. Si usted no puede mantener las citas dentales de su niño, amablemente llame y notifiquenos a nuestra oficina unas 24 horas antes para que podamos reprogramar la cita y darle una cita dental a otro niño. Si no recibimos una notificación de 24 horas previa a la cita, se le cobrara un honorario por romper la cita.

Por favor adjunto encontrara el formulario de inscripción del paciente, un formulario de historial médico/dental y un formulario de Reconocimiento de HIPAA (La Notificación de las Prácticas de Privacidad está disponible en nuestra oficina). **Por favor llene estos formularios y tráigalo con usted a su primera visita, así como su tarjeta de seguro dental si tiene cobertura dental.**

Por favor permitanos saber si usted tiene alguna pregunta. ¡Esperamos con mucho placer conocerle a usted y a su familia!

Sinceramente suyo,

M. Todd Grooms, DDS, MS

ALAMANCE PEDIATRIC DENTISTRY
M. TODD GROOMS, DDS, MS
HISTORIAL Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento del Paciente: ____/____/____ Sexo: M F
 Dirección: _____

Historial Médico

Nombre del Pediatra del Niño _____
 Nombre del Consultorio: _____ Número de Teléfono: _____

¿Su niño ha estado bajo la atención de un médico durante el último año, no incluya exámenes rutinarios? Si No
 Si contesta si, por favor explique: _____

¿Su niño está tomando algún medicamento actualmente? Si No
 Si contesta si, por favor liste todas: _____

¿Su niño ha estado hospitalizado alguna vez? Si No Razón: _____

¿Su niño ha tenido alguna cirugía? Si No Razón: _____

¿Su niño es alérgico a la penicilina o a algún otro medicamento? Si No Por favor indique: _____

¿Tiene su niño alguna otra alergia? Si No Por favor indique: _____

¿Tiene su niño buena coordinación física? Si No

¿Su niño está al día con todas las vacunas recomendadas? Si No

¿Su niño padece de problemas emocionales u otros problemas? Si No
 Si contesta si, por favor explique: _____

¿SU NIÑO TIENE ALGUN HISTORIAL CON ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES?:

Por favor marque si le corresponde:

<input type="checkbox"/> Deficiencia de Atención- Con o Sin Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Reflujo Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Mononucleosis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Problemas de Audición	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Soplo del Corazón/Problemas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Hígado/Hepatitis	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Malignidades	

Resumen (para el uso de la oficina solamente)

Historial Dental

¿Cuál es su inquietud/preocupación principal dental? _____

¿Es esta la primera cita dental de su niño? Si No

¿Quién fue el último dentista? _____ Fecha de la última limpieza: ____/____/____

¿Su niño se ha quejado de problemas dentales? Si No

Si contesta si, por favor explique: _____

¿Su niño ha tenido alguna visita dental desagradable o con nerviosismo? Si No

¿Su niño ha sufrido un golpe en la boca, dientes o cabeza? Si No

Si contesta si, por favor explique: _____

¿Su niño tiene hábitos con la boca (chuparse el dedo, chupón, morderse las uñas, biberón, etc.)? Yes No

Si contesta si, por favor explique: _____

¿Su niño ha perdido algunos dientes (naturalmente y/o por extracción)? Si No

Si contesta si, por favor explique: _____

¿Su niño se cepilla sus dientes 2 veces al día? Si No A veces

¿Usted le ayuda a su niño a cepillarse y usar el hilo dental? Si No A veces

¿Se utiliza el hilo dental para ayudar limpiar entre los dientes? Si No A veces

¿Consume fluoruro en alguna forma? Si No Por favor explique: _____

¿Tiene agua de pozo o de ciudad? Ciudad Pozo

¿Cómo es que se enteró de la Odontología Pediátrica Alamance? _____

Resumen (solamente para el uso de la oficina)

Consentimiento para el Tratamiento de un Menor de Edad

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Yo, siendo el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente, autorizo y solicito la realización de los servicios dentales necesarios para este paciente; y, además, la realización de cualquier y/o todos los procedimientos dentales que el dentista considere necesarios durante el curso de cualquier tratamiento dental. Estoy consciente de que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho garantías con respecto a los resultados del tratamiento que recibirá el paciente.

También autorizo la administración de anestésicos o analgésicos, que el doctor considere adecuados, con mi conocimiento.

Asimismo, ser responsable de cualquier obligación financiera incurrida por el tratamiento dental de este niño. También entiendo que el pago por el tratamiento proporcionado se espera al finalizar cada cita.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: ____/____/____

**ALAMANCE PEDIATRIC DENTISTRY
CUESTIONARIO SOBRE COMPORTAMIENTO**

Nombre del Niño _____

¿Cómo se comporta su niño durante sus vacunas?

- 1) Las vacunas no le molestan a mi niño.
- 2) Mi niño llora un poco para las vacunas y después se calma.
- 3) Después de la vacuna, mi niño no puede calmarse.
- 4) Mi niño tiene que ser sostenido por dos o más personas para recibir una vacuna.

¿Le da asco a su niño antes de acercarle o ponerle algo en su boca?

- 1) Si
- 2) No

¿Como se comporta su niño antes de nuevas experiencias?

- 1) Mi niño es calmado y le gusta las nuevas experiencias.
- 2) Mi niño siente inseguridad a las nuevas experiencias.
- 3) Mi niño siente susto a las nuevas experiencias.

¿Cual es la forma principal en donde su niño aprende cosas nuevas?

- 1) Mi niño observa una experiencia y aprende de esa forma.
- 2) Mi niño necesita escuchar sobre una experiencia para aprender de ella.
- 3) Mi niño necesita tocar o sentir las cosas asociadas con la experiencia para aprender de ella.

¿Cuánto pesa su niño? _____ libras.

Firma _____ **Fecha** _____

ALAMANCE PEDIATRIC DENTISTRY

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Este formulario permite que Alamance Pediatric Dentistry se comunique con usted y con las personas que usted indique en este formulario acerca de su atención (por ejemplo: Citas, análisis, medicamentos, planes de tratamiento e información de facturación). Firmar este formulario es opcional, no es un requisito para recibir tratamiento y no vence hasta que usted lo cancele por escrito.

Nombre del Paciente:

(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ **Numero de Contacto Principal:** _____
mm/dd/yyyy Casa Celular* Trabajo

Dirección Postal: _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (C.P.)

COMUNICACIÓN CON USTED

TELEFONO

Permito que se me dejen MENSAJE DETALLADOS por:

- Numero de contacto Principal Indicado arriba Mensaje de texto (SMS)* Correo de voz Ninguno
- Otro: _____ Mensaje de texto (SMS)* Correo de voz Ninguno
- Casa Celular Trabajo

CORREO ELECTRONICO*

- _____
- Toda la información de esta práctica Notificaciones de brechas de datos
- Solo información sobre citas Información sobre la facturación del seguro

COMUNICARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS O CUIDADORES

- Esta práctica puede comunicarse con el familiar, amigo o cuidador que usted indique abajo.
NOMBRE(S) Y NUMERO(S) DE TELEFONO

SUS FOTOGRAFIAS Y MULTIMEDIA

Fotos/imágenes pueden ser usadas/Publicadas:

- Foto del paciente recibida por el paciente o tutor legal
- Foto tomada por el personal
(Por ejemplo, antes/después del procedimiento)
- Otro
- Puede ser publicada en la oficina
- May be posted on Website
- Otro

* Entiendo que si esta información no se envía de manera encriptada existe el riesgo de que sea accedida inapropiadamente; aun así, elijo recibir comunicación por correo electrónico y/o mensaje de texto según lo seleccionado.

DERECHOS DEL PACIENTE Y FIRMA

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento contactando a esta oficina.
- Cualquier uso o copia de la información de salud protegida será divulgada Según se describe en esta autorización.
- La revocación no es efectiva en casos donde la información ya haya sido divulgada pero no usada.
- La información utilizada/divulgada como resultado de esta autorización puede no estar protegida por leyes estatales o federales.
- Yo tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento no dependerá de firmarlo.

Paciente/Representante Personal

Fecha:

mm/dd/yyyy

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

This authorization has been terminated: _____
mm/dd/yyyy

The termination must be in writing and filed with the original authorization.

Date original signed authorization received: _____
mm/dd/yyyy

Copy of original authorization provided to patient/personal representative (check if yes)

Notes: _____

ALAMANCE PEDIATRIC DENTISTRY
Reconocimiento de Haber Recibido
La Notificación de la Práctica de Privacidad

Nombre del Paciente _____

Yo he recibido una copia de la Notificación de la Práctica de Privacidad para el paciente nombrado arriba.

Firma

Fecha

Para el Uso de la Oficina Solamente

No hemos podido obtener un reconocimiento por escrito de haber recibido la Notificación de la Práctica de Privad debido a:

- Ocurrió una emergencia y no se logro conseguir la firma en ese momento.
- El individuo se negó a firmar.
- Se envió una copia por correo pidiendo una firma de vuelta.
- No se pudo comunicar con el paciente por la siguiente razón:

Otros: _____

Preparado Por _____

Firma _____

Fecha _____

Acuerdo de Citas Perdidas de Alamance Pediatric Dentistry

Nosotros valoramos a nuestros pacientes y necesitamos su cooperación manteniendo su cita para poder darle el mejor cuidado a su hijo. Cancelar o perder citas al *último* minuto significa que no podremos llenar esa cita para otro paciente que necesita cuidado.

Nuestra Póliza Requiere:

- Cumplimiento: Pacientes solamente serán permitidos UNA cita fallada durante su tiempo en Alamance Pediatric Dentistry. Después de la segunda cita fallada, usted será retirado o retirada de la clínica.

_____ Iniciales

- Confirmación de la Cita: Usted debe llamar para confirmar su cita un día antes o 24 horas antes de su cita. Si su cita no está confirmada podría ser cancelada para dársela a otro paciente. Esto será considerado una cita fallada.

_____ Iniciales

- Cancelaciones con Tiempo: Si necesita cancelar o mover su cita usted necesita avisarnos por lo menos 24 horas antes. Cancelaciones hechas en menos de 24 horas serán consideradas una cita fallada.

_____ Iniciales

- Llegar con Tiempo: Si usted llega 15 minutos tarde a su cita, podríamos darle su cita a otro paciente. Esto será considerado una cita fallada.

_____ Iniciales

Nosotros valoramos a todos los pacientes de Alamance Pediatric Dentistry. Con su ayuda manteniendo sus citas nos ayudará a proveer el mejor cuidado con tiempo para todos nuestros pacientes.

Nombre de Hijo/Hijos

Firma del Paciente or Padres/Guardian

Fecha

ALAMANCE PEDIATRIC DENTISTRY
M.TODD GROOMS DDS MS
POLICA FINANCIERA Y SU ASEGURANSA

Nosotros, estamos comprometidos a darle a su hijo el mejor cuidado dental posible. Si usted tiene aseguransa dental queremos que usted reciba el maximo de sus beneficios. Para obtener estas metas, necesitamos de su asistencia y comprension de nuestras politicas financieras. Por favor lea esta forma completamente y firme abajo.

Nosotros tratamos de que nuestros pacientes esten de acuerdo con los costos de el tratamiento dental de sus hijos. Nosotros nos haremos cargo de darle un plan de tratamiento dental a usted antes de que usted confirme el tratamiento. Si usted desea un estimado de el tratamiento rutinario, nosotros se lo daremos.

Nosotros con gusto podriamos archivar asegurana primaria y secundaria si las siguientes condiciones aplican:

- 1.) Usted deve de proveer una tarjeta de su aseguransa dental actual y hasta la fecha para vereficar antes de comenzar el tratamiento.
- 2.) La aseguransa de su hijo deve de estar activa el dia del servicio. Esta poliza es real para aseguransa privada y planes fundados por el estado. Si nosotros no podemos vereficar la aseguransa de su hijo, le daremos la opcion de hacer otra cita o pagar todos los costos por cuenta propia.

Archivar aseguransa dental es una cortesia que hacemos por nuestros pacientes. La relacion entre su aseguransa, es entre usted y su aseguradora. Nosotros no estamos involucrados como tercer partido un esa relacion. Caulquier y todos los servicios que no sean cubiertos por la aseguransa seran responsabilidad de el padre o guardian.

Todos los deducibles y servicios no cubiertos deverian ser pagados al momento de que el servicio sea recibido. Una predeterminacion del tratamiento operativo y restaurativo sera enviado a su aseguradora y la copia sera enviada por correo. Todos los reclamos dentales que sean declinados seran clausurados y la factura y la copia de la explicacion de los beneficios sera enviada. Nosotros no podemos llamar a su aseguradora para inquirir los reclamos declinados. Todo el dinero que se deba y no sea pagado entre los 30 dias despues de el dia de los servicios se le acumulara un recargo mensual de 1.5%.

Una nota a los padres divorciados: El padre que traiga el paciente a nuestra oficina para el tratamiento sera responsable por nuestros cargos profesionales al menos que otros arreglos alternativos se haigan hecho anteriormente.

Un recargo de \$25.00 sera agregado a todos los cheques devueltos.

Por favor de notificarnos 24 horas antes de su cita si gusta cancelar para evitar un recargo de cancelamiento de \$25.00

Yo e leído y acepto esta polica financiera indicada anteriormente que aplique conmigo.

Nombre de hijo/hijos

Firma (Partido Responsable) Fecha

Odontología Pediátrica Alamance

NOTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe como la información de salud sobre usted puede ser utilizada y revelada y como usted puede obtener acceso a esta información. Por favor repásela cuidadosamente. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.

Esta Notificación describe como nosotros podemos utilizar y revelar su información de salud protegida para proporcionar tratamiento, obtener pago y dirigir las operaciones de asistencia de salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos pertinentes a su información de salud protegida. "La información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que pueda identificarle a usted y tener relación a su pasado, presente o futuro de su salud física y mental o condición y servicios de salud relacionados con estos.

Nosotros somos requeridos por la ley de seguir las prácticas descritas en esta Notificación. Puede ser posible que cambiemos los términos de esta Notificación en cualquier momento. La nueva Notificación será efectiva para toda información de salud protegida que nosotros mantendremos durante ese tiempo incluyendo información de salud que nosotros hayamos creado o recibido antes de nosotros hacer los cambios.

Usted puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento al llamar a nuestra oficina o pedir una copia durante una de sus próximas citas.

Usos y Revelaciones de Información de Salud

Tratamiento: Nosotros utilizaremos y revelaremos su información de salud para proporcionar, coordinar y manejar su atención médica y servicios relacionados para usted. Por ejemplo, nosotros revelaremos información a un especialista a quien usted ha sido referido, para asegurar que este proveedor tenga suficiente información para diagnosticarlo y/o darle tratamiento a usted. También puede que revelemos información a un laboratorio, según nuestra solicitud, que estén envueltos con su tratamiento.

Pago: Podremos utilizar y revelar su información para obtener pago para esos servicios proporcionados por nosotros. Por ejemplo nosotros le enviaremos la información necesaria a su compañía de seguro médico o dental para obtener pago por el tratamiento proporcionado.

Operaciones de la Asistencia de Salud: Nosotros usaremos y revelaremos su información de salud para dirigir las actividades de negocios de esta oficina. Estas actividades incluyen, pero no se limitan, evaluación de calidad y mejoría de actividades, revisión de la función y calificaciones de los empleados, evaluación de la función del médico y asistente especializado, dirigir programas de entrenamiento, acreditación, certificación, permisos de licencias o actividades de acreditación.

Podremos utilizar una hoja de inscripción en la recepción en donde se le pedirá que escriba su nombre. También podremos llamarle por su nombre en la sala de espera al estar listo para comenzar su tratamiento. Podremos llamarle para recordarle su cita y si no está disponible podremos dejar un recado en su contestadora o con algún miembro de su hogar.

Nosotros compartiremos su información de salud protegida con negocios asociados que ejercen funciones específicas a nuestra practica tales como la sección de facturas. Cuando los preparativos de negocio de este tipo requieren el uso de su información, nosotros tendremos un contrato por escrito con una tercera persona para proteger la privacidad de su información de salud protegida.

Otros Envueltos en su Asistencia de Salud: Nosotros debemos revelar su información de salud a usted según descrito en la sección de Derechos del Paciente de esta Notificación. Nosotros podremos revelar su información de salud a un miembro de su familia o a otra persona al alcance necesario para ayudar con su atención médica o con los pagos por su asistencia de salud, pero solamente si usted está de acuerdo. Si nosotros determinamos que es en su mejor interés según nuestra opinión profesional o experiencia con las prácticas comunes, nosotros podremos permitir que otra persona pueda recoger sus prescripciones listas, equipos médicos, radiografías u otros tipos de información médica.

Nosotros podremos utilizar o revelar información protegida del paciente para notificar o asistir en notificarle a un miembro de la familia, un representante personal o cualquiera persona responsable por su atención de su lugar, su condición en general o de su muerte. Si usted está presente antes del uso o revelación de su información de salud protegida, le daremos la oportunidad de negarse a tales usos o revelaciones. Finalmente, podremos utilizar o revelar su información de salud protegida a una entidad autorizada pública o privada en asistir con esfuerzos de ayuda en desastres y de coordinar los usos y revelaciones a miembros de familia u otros envueltos en su atención médica.

Emergencias: En el evento de su incapacidad o en circunstancias de emergencias, nosotros podremos utilizar o revelar su información médica protegida para darle tratamiento.

Usos y Revelaciones de Información de Salud Protegida Basada en su Autorización por Escrito: Otros usos y revelaciones de su información de salud protegida serán hechos solamente con su autorización por escrito, menos que sean permitidos o requeridos por la ley según descrito a continuación. Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto al punto que una acción ha sido tomada dependiendo en esta autorización.

Otros Usos Permitidos y Requeridos y Revelados Que Puedan Haber Hecho Sin Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Negarse

Nosotros podremos utilizar o revelar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su consentimiento o autorización. Estas situaciones incluyen:

Requeridas por Ley: Nosotros podremos utilizar o revelar su información de salud protegida al punto que la ley requiere el uso o revelación. El uso o revelación será hecha en cumplimiento con la ley y será limitada a los requisitos pertinentes de la ley.

Nosotros debemos revelarle a usted y, cuando requerido, al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para la investigación en la determinación de nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad, Sección 164.500 et. Seq.

Salud Pública: Nosotros podremos revelar su información de salud protegida para las actividades de salud pública y propósitos a una autoridad de salud pública que sea permitida por ley de coleccionar o recibir la información. La revelación será hecha con el propósito de controlar enfermedad, lesión o discapacidad. Además, nosotros podremos revelar su información de salud protegida, si autorizado por ley, a una persona que haya sido expuesta a una enfermedad contagiosa o quizás este a riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Nosotros podremos revelar información de salud protegida a una agencia al tanto de descuidos de salud para las actividades autorizadas por ley, tales como auditoría, investigaciones e inspecciones. Las agencias al tanto de descuidos buscando esta información consisten de agencias gubernamentales que están al tanto del sistema de salud, programas gubernamentales de beneficios, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes civiles sobre los derechos humanos.

Abuso y Negligencia: Nosotros podremos revelar su información de salud protegida a una autoridad de salud pública que sea autorizada por ley de recibir informes de abuso infantil o negligencia. Además, nosotros podremos revelar su información de salud protegida si nosotros creemos que usted ha sido una víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar a la entidad o agencia gubernamental autorizada a recibir tal información. En este caso, la revelación será hecha en forma consistente con los requisitos de las leyes estatales y federales correspondientes.

Procedimientos Legales: Nosotros podremos revelar información de salud protegida durante el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, como respuesta a un mandato de la corte o tribunal administrativo (a la extensión que tal revelación es expresivamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a orden judicial, petición de pruebas u otros procesos legales.

Cumplimiento de la Ley: También nosotros podremos revelar información de salud protegida mientras que los requisitos legales sean alcanzados, para el propósito de cumplimiento de la ley. El propósito del cumplimiento de la ley incluye (1) procesos legales y requisitos legales. (2) Peticiones para información limitada para el propósito de identificación y ubicación, (3) pertinente a víctimas de un crimen (4) sospecha que la muerte a ocurrido a consecuencias de una conducta criminal, (5) en el evento de un crimen

que ocurrió en la propiedad de la práctica, y (6) emergencia médica (no es la propiedad de la Práctica) y es posible que un crimen ha ocurrido.

Actividad Militar y Seguridad Nacional: Cuando se aplican las condiciones adecuadas, nosotros podremos revelarle, a las autoridades militares, información protegida de individuos que son parte del personal de las fuerzas armadas. También podremos revelar su información de salud protegida a oficiales federales autorizados en dirigir actividades de seguridad o inteligencia nacionales, incluyendo para la provisión de servicios de protección al Presidente e otros legalmente autorizados.

Compensación del Trabajador: Nosotros podremos revelar su información tal como autorizada para cumplir con las leyes de la compensación del trabajador y otros programas similares establecidos legalmente.

Presos: Nosotros podremos utilizar o revelar su información de salud protegida si usted es un preso en una prisión o cárcel y su médico creo o recibió su información de salud protegida en el curso de tiempo que le estaba atendiendo.

Sus Derechos

Sus derechos con respeto a su información de salud protegida y como usted puede ejercer esos derechos están descritos a continuación.

Usted tiene el derecho de obtener una copia y/o inspeccionar su información de salud: La información de salud incluye archivos de tratamiento, archivos de cuentas y cualquier otros archivos utilizados por nosotros en tomar una decisión sobre su tratamiento. Usted puede obtener un formulario nuestro de nuestra oficina para pedir acceso. Se le cobrará un costo razonable por los gastos del tiempo del personal, copias y sellos postales. Comuníquese con nosotros según indicado al final de esta Notificación para obtener información sobre los honorarios o si usted tiene algunas preguntas sobre su acceso.

Usted tiene el derecho de pedir una restricción él en uso y revelación de su información de salud protegida. Usted nos puede pedir no utilizar o revelar alguna parte de su información de salud protegida para el propósito de tratamiento, pago u operaciones. También puede pedir que nosotros no revelemos alguna parte de su información a familia u otros que puedan estar envueltos en su atención médica o por el propósito de notificación como descritos en manera contraria en esta notificación. Nosotros no estamos obligados en estar de acuerdo a las restricciones, pero si lo hacemos, estamos obligados en seguir el acuerdo, excepto en casos de emergencia. Usted puede pedir una restricción al enviar su petición en escrito a nuestro Contacto de Privacidad.

Usted tiene el derecho de pedir recibir comunicación confidencial por métodos alternativos o en otro sitio alternativo. Nosotros acomodaremos peticiones razonables. Nosotros también podremos ponerle condiciones a esta acomodación al pedirle usted información sobre cómo se harán los pagos o sobre la especificación de una dirección alternativa u otros métodos de contacto. No pediremos una explicación de usted sobre los hechos de su petición. Por favor
Haga esta petición por escrito a nuestro Contacto de Privacidad.

Usted tendrá el derecho de pedir una enmienda a su información de salud privada. Usted puede pedir que nosotros emendemos la información de salud protegida suya. Su petición debe estar en forma escrita con una explicación dando la razón que su información debe ser emendada. In ciertos casos, nosotros podremos negar su petición para una enmienda. Si nosotros negamos su petición para una enmienda, usted tiene el derecho de pedir una declaración de desacuerdo con nosotros. Nosotros podremos preparar una refutación a su declaración y le suministraremos una copia de tal refutación.

Usted tiene el derecho de recibir un resumen de ciertas revelaciones hechas por nosotros, si alguna, de su información de salud protegida. Este derecho aplica a las revelaciones hechas por nuestro Asociados o por nosotros. Esto Excluye revelaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica según descritas en esta Notificación de las Prácticas de Privacidad, a usted, a miembros de familia o amistades participando en su asistencia médica, para el propósito de notificación o como consecuencia de una autorización firmada por usted. Usted tiene el derecho de recibir información específica sobre estas revelaciones que ocurrieron después del 14 de Abril del 2003 hasta los 6 años previos. Usted puede pedir por un período tiempo más corto. El derecho de recibir esta información es sujeto a ciertas expectativas, restricciones y limitaciones. Si usted pide un informe más de una vez en un período de 12 meses, nosotros le cobraremos un cargo razonable al responderle a su pedido adicional.

Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de esta notificación de nosotros, al pedirla, aunque usted haya estado de acuerdo de aceptar esta notificación electrónicamente.

Preguntas y Quejas

Si usted tiene algunas preguntas o inquietudes o desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con nosotros usando la información debajo.

Si usted le inquieta que nosotros hubiéramos violado sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre su acceso a su información de salud u otras peticiones hechas por usted al ejercer sus derechos, puede enviarnos sus quejas usando la información debajo. También someter una queja en escrito a la Secretaría de Salud y Recursos Humanos. Comuníquese con
Nosotros para obtener la dirección del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud y nosotros no tomaremos represalias en ninguna forma por levantar una queja.

Contacte a nuestra oficina: Alamance Pediatric Dentistry

Oficina de Contacto u Oficial: Denise Griffin

Teléfono (336) 227-5444 Fax (336) 227-0029

Correo Electrónico _____

Dirección: 306-C Alamance Road, Burlington, NC 27215

Esta notificación fue publicada y será vigente en: March 30, 2015