

SU FIRMA ES NECESARIA PARA PERMITIRNOS:

- 1. Procesar los beneficios de su seguro dental;**
- 2. Garantizar el pago por los servicios prestados;**
- 3. Compartir información médica a las compañías de seguros, Y**
- 4. Compartir y/u obtener información a/de otros proveedores de servicios médicos/dentales, cuando sea necesario, para su tratamiento.**

Yo, autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos y autorizo la divulgación de esta misma información, cuando sea necesario, a otros proveedores de atención médica/dental

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Persona Responsable: _____

(Padre o Tutor, SÓLO si es menor)

Sólo Para Uso de Oficina:

Testigo: _____

Formulario de Divulgación de Información Médica

Con el fin de recibir su información médica de nuestra oficina, por favor complete este formulario.

Yo, autorizo a las personas enumeradas a continuación a tener acceso a toda mi información médica. Esta oficina tiene permiso para compartir con estas personas cualquier información que se revele en la consulta.

Personas autorizadas para recibir mi información (nombre completo, relación y número de teléfono):

Nombre

Relación

Núm. Teléfono

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Puede notificarme a mí o a las partes citadas anteriormente cualquier información acerca de mi tratamiento, incluyendo recordatorios de citas, información sobre tratamientos o recetas de la siguiente manera:

Por favor, marque abajo la opción que autoriza

Sí, autorizo a ser contactado por correo electrónico y correo de voz en casa, al trabajo y/o celular

Sí, autorizo a recibir documentos e información por correo postal

No autorizo a ser contactado por correo electrónico, correo de voz o recibir documentos por correo postal

Entiendo e indico que esta autorización se mantendrá en vigor hasta que sea revocada por mí, por escrito.

Nombre Completo

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha de Hoy

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad su información médica. También estamos obligados a darle este aviso sobre sus prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica.

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Dallas Periodontal Associates PLLC. He leído y entendido esta información.

Nombre Completo del Paciente

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Fecha de Hoy

Sólo para Uso de Oficina:

Nombre Completo del Testigo

Firma del Testigo

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCESAR A LA MISMA.

POR FAVOR LEA CON DETENIMIENTO.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que exige que todos los registros médicos y otra información médica personal que utilicemos o divulguemos de cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral, se mantenga adecuadamente confidencial. Esta Ley le da al paciente nuevos derechos importantes para que comprenda y controle cómo se utiliza su información médica. El "HIPAA" provee sanciones para las entidades cubiertas que hagan un mal uso de la información médica personal.

Según los requisitos de la "HIPAA", hemos preparado esta explicación acerca de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. Podemos utilizar y divulgar su historial clínico únicamente para los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar atención médica y servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluiría los servicios de limpieza dental.

Pago significa actividades tales como la obtención de un reembolso por los servicios, confirmar la cobertura, facturación o actividades de recolección y revisión de uso. Un ejemplo de esto sería el envío de una factura de su visita a su compañía de seguros para el pago.

Las opciones de atención médica incluyen los aspectos empresariales de la gestión de nuestro ejercicio, como la realización de actividades de evaluación de calidad y mejora, funciones de auditoría, análisis de gestión de costes y servicio al cliente. Un ejemplo sería una evaluación interna de calidad. También podemos crear y distribuir información médica de-identificada eliminando todas las referencias de identificación personal.

Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sus citas u ofrecerle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso o divulgación se hará solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a respetar y atender dicha solicitud, salvo en la medida en que ya hayamos tomado acción según su autorización. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al Encargado de Privacidad:

El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida, incluidos los relacionados con la divulgación a miembros de la familia, amigos cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si estamos de acuerdo con una restricción, tenemos que cumplir con ella, a menos que usted indique por escrito que sea eliminada.

El derecho a solicitudes razonables o a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida por medios o a lugares alternativos.

El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.

El derecho de enmendar su información médica protegida.

El derecho a recibir un informe de divulgaciones o información médica protegida.

El derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros a petición.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y a proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida.

El aviso es efectivo en enero de 2001 y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer efectivas las nuevas disposiciones de aviso para toda la información médica protegida de la que disponemos. Publicaremos un Aviso de Prácticas de Privacidad y usted podrá pedir una copia a esta oficina.

Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, tiene el derecho de presentar una queja por escrito a nuestra oficina o al Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS), Oficina de Derechos Civiles, acerca de las violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Por favor, contáctenos para más información:

Para obtener más información acerca de esta ley o para presentar una queja:

The US Department of Health & Human Services

Office of Civil Rights 200 Independent Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20201

(202)619-0257

Línea gratuita: 1-877-696-6775