

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Información del paciente:**

Sr.  Sra.  Srta.  Dr. Nombres \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seg. Social. # \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular.(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Alguna vez ha sido paciente de nuestra practica?  Si  No

Referido por \_\_\_\_\_ Alguno de sus familiares ha sido nuestro paciente?  Si  No

Dentista NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ Ortodontista NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ Doctor NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

Familiar cercano que no viva con usted NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ Telf(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ KKKKKDDD Telf.(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

En caso de emergencia por favor contactar a \_\_\_\_\_ Telf. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Esposo (a) u otro fiador de información: (si es diferente al ya mencionado)**

Nombres NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Telf. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Telf.(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE FARMACIA:**

Nombre de la farmacia:  
Habla a:

**Información del Seguro:**

**Estudiante:**  Tiempo completo  Medio tiempo  No. Nombre de la escuela y dirección \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

**Compañía principal de Seguro dental:**

Nombre del asegurado NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Domicilio postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Seguro social # \_\_\_\_\_

Teléfono. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Custodia / Orden judicial a lugar?  Si  No

Empleador \_\_\_\_\_

Nombre el grupo \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Identificación # \_\_\_\_\_  PPO  HMO

**Compañía de seguros médicos principal:**

Nombre del asegurado NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Domicilio postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Seguro social # \_\_\_\_\_

Teléfono. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Custodia / Orden judicial a lugar?  Si  No

Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Identificación # \_\_\_\_\_  PPO  HMO

**Compañía de Seguro dental secundaria:**

Nombre del asegurador NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Domicilio postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Seguro social # \_\_\_\_\_

Teléfono. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Custodia / Orden Judicial a lugar?  Si  No

Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Identificación # \_\_\_\_\_  PPO  HMO

**Compañía de Seguro médico secundaria:**

Nombre del asegurador NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Domicilio postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Seguro social # \_\_\_\_\_

Teléfono. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Custodia / Orden judicial a lugar?  SI  No

Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Identificación # \_\_\_\_\_  PPO  HMO

## Historia medical:

**Para nuestros pacientes:** a pesar de que los cirujanos orales principalmente tratan el área adentro y alrededor de su boca, su boca es solo una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que podría padecer, o la medicación que usted podría estar tomando puede tener una importante interrelación con el cuidado que recibirá, gracias por responder las siguientes preguntas. Sus respuestas son para nuestros registros y serán consideradas confidenciales.

Razón de su visita \_\_\_\_\_

- |  | <b>si</b>                | <b>no</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. <b>Estatura</b> _____ <b>Peso</b> _____ ¿Posee ud un buen estado de salud? .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha habido algún cambio con respecto a su salud desde el año pasado? .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Esta ud. Bajo el cuidado de algún doctor? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha de su última visita: _____   |                          |                          |
| ¿Si la respuesta es si indique que está siendo tratado? _____  |                          |                          |
| 4. ¿Ha tenido ud alguna enfermedad, operación o ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es si, explique _____  |                          |                          |
| 5. Tiene usted sin sanar / heridas recurrentes, áreas inflamadas, crecimientos o puntos dolorosos adentro o      |                          |                          |
| 6. alrededor de su boca? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es si indique donde _____  |                          |                          |
| 7. Tiene usted alguna prótesis de articulación/ implante / remplazo de valvular coronaria? . . . . ¿Donde? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Alguna vez ha recibido anestesia general? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha tenido usted o alguno de sus familiares alguna reacción inusual o seria hacia la anestesia general? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ha tenido, o actualmente tiene:	si	no
11. Asma		
12. ¿Dificultad para respirar?		
13. ¿Otros problemas pulmonares / tos?		
14. ¿Marca pasos / Válvula cardiaca sustituida?		
15. ¿Problemas cardiacos?		
16. ¿Dolor de pecho?		
17. ¿Pulsaciones irregulares?		
18. ¿Cirugía de corazón?		
19. ¿Accidente cerebrovascular (ACV)?		
20. ¿ Problemas para subir dos tramos de la escalera?		
21. ¿Presión sanguínea alta o baja?		
22. ¿Apnea del sueño / Usa CPAP?		
23. ¿Desordenes sanguíneos?		
24. ¿Moretones / Sangra fácilmente?		
25. ¿Hepatitis / Enfermedades del hígado?		
26. ¿ Se desmaya con facilidad?		
27. ¿Convulsiones?		
28. ¿Problemas de la tiroides?		
29. ¿Diabetes?		
30. ¿Problemas renales?		
31. ¿Diálisis?		
32. ¿Colesterol alto?		
33. ¿Artritis?		
34. ¿Osteoporosis?		
35. ¿Prótesis de alguna articulación?		
36. ¿Ulceras estomacales / Reflujo?		
37. ¿Problemas del Sistema inmunológico?		

Ha tenido, o actualmente tiene:	si	no
38. ¿ Sana lentamente?		
39. ¿Tumor o crecimiento?		
40. ¿Cáncer / Radiación / Quimioterapia?		
41. ¿Enfermedades oculares / glaucoma?		
42. ¿Problemas mentales / ansiedad / depresión?		
43. ¿Retraso del desarrollo?		
44. ¿Prótesis dental removible?		
45. ¿Dolor o chasquido en la mandíbula?		
46. ¿Enfermedad Contagiosa?		
47. ¿Alguna otra condición / problema que no esté en la lista?		
48. Otra condición: _____		
49. ¿Fuma?		
50. # paquetes / día _____		
51. ¿Toma alcohol?		
52. Frecuencia? _____		
53. ¿Drogas ilícitas?		

## Solo mujeres: (preguntas 67-70)

- |  | <b>si</b>                | <b>no</b>                |   | <b>si</b>                | <b>no</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 67. Existe la posibilidad de estar embarazada? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 69. ¿Esta Ud. amamantando? .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. ¿Fecha estimada de parto? _____                      |                          |                          | 70. ¿Se encuentra tomando píldoras anticonceptivas? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**nota:** antibióticos (como la penicilina) puede alterar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su Dr. sobre otros métodos anticonceptivos.

Toma actualmente alguno de estos medicamentos: Si / No			
71. ¿Cualquier tipo de medicina, droga, o píldora?			
72. ¿Anticoagulantes (Coumadin, Plavix, Aspirina, Vitamina E, Ginko biloba, Aggrenox, Pradaxa, Aceite de pescado)?			
73. ¿Alguna vez ha tomado pastillas para adelgazar?			
74. ¿Algún suplemento natural, herbal o remedio homeopático?			
75. Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos para la densidad ósea o bisfosfonatos como Fosamax, Boniva, Actonel, IV– Zometa, Aredia, Xgeva, Prolia, o Reclast en los últimos 12 años?			
76. Tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, y/o narcóticos regularmente? Si es así por favor indique cuales:			
77. Por favor haga una lista con los medicamentos que toma actualmente. Use la parte de atrás de ser necesario o, si usted tiene una lista entréquenlas para fotocopiarlo.			
	Medicación	Dosis	Frecuencia
	Ninguno		

¿Si usted va a operarse hoy, Usted ha comido algo durante las últimas 8 (ocho) horas?  Si  No

¿Quién lo llevara a su casa? \_\_\_\_\_

Existe alguna condición referente a su salud que el Doctor debería conocer: Si  No – Si es así explique:  
\_\_\_\_\_

Es usted alérgico o a tenido alguna reacción alérgica: Si / No			
78. Anestesia local (calmantes.)?			
79. Penicilina?			
80. Otros Antibióticos?			
81. Sulfamidas?			
82. Pentotal de sodio/ Valium / u otro tranquilizante?			
83. Aspirina?			
84. Amoxicilina?			
85. Codeína u otros narcóticos?			
86. Otras medicaciones?			
87. Látex?			
88. Soya?			
89. Huevos / yema?			
90. Sulfatos?			
91. Tiene Ud. Alguna alergia que conozca?			
92. Por favor indique cualquier otra alergia o medicamentos a los que es alérgico: Ninguno			

Tiene Ud. Antecedentes familiares de:

Cáncer  Diabetes  Enf. Cardiacas  Problemas de anestesia

	SI	NO
93. ¿Le han recetado narcóticos para el dolor?		
94. Si así fue, ¿funcionó como deseado?		

**Yo certifico** que he leído y que entiendo las preguntas realizadas anteriormente. Estoy en conocimiento que las preguntas expuestas arriba han sido contestadas por mi satisfacción. No hare a mi doctor o su personal responsable por ningún error de omisión que yo haya cometido cuando complete el siguiente formulario.

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente** (Padre o Guardian del menor) **Fecha**

### Tarifas & Pagos

Nosotros hacemos el esfuerzo para mantener los precios bajos para su cuidado. Usted puede ayudar pagando después de cada visita. Otros arreglos pueden ser realizados por nuestro gerente dependiendo de algunas circunstancias especiales. Un estimado del pago por cada procedimiento o cirugía que usted pueda requerir, le será suministrado a pedido. Si usted tiene algún seguro dental o médico, estaremos dispuestos a llenar los formularios requeridos, pero por favor llene la información de identificación solicitada en este formulario.

Por favor recuerde que el Seguro es considerado un método de reembolso para el paciente para pagar los honorarios del doctor, no es un sustituto del pago. Algunas compañías pagan por ciertos procedimientos, mientras otras solo pagan un porcentaje del precio total. **Es su responsabilidad pagar por cualquier excente o cualquier otro pago que no sea realizado por su compañía de seguros.** Usted será responsable por todos los costos de colección, honorarios del abogado y gastos de la corte.

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente** (Padre o Guardian del menor) **Fecha**

La firma de este documento es mi autorización para la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamo. Por la presente autorizo el pago al médico nombrado de los beneficios que de otro modo se pagarían a mí.

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente:** (Padre o Guardia del menor) **Fecha**

### Autorización

Autorizo a mi cirujano y su personal designado, para realizar una examinación oral y maxilofacial, con el propósito de diagnosticar y planear mi tratamiento. Además, autorizo a tomar todas las radiografías necesarias como parte mi examinación. Así mismo, si es medicamento necesario, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria en el proceso de mi evaluación y tratamiento a mis otros doctores o aseguradores. Permiso que me sean dejado mensajes en mi teléfono o celular con respecto a mis citas médicas.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente** (Padre o Guardian del menor)

**Por medio de la presente reconozco que una copia de la notificación de las prácticas de privacidad de esta oficina estarás disponibles para mí.** Se me ha dado la oportunidad de preguntar cualquier pregunta con respecto a esta notificación.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente** (*Padre o Guardian del menor*)

**X** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

1 de enero de 2018  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Sierra Oral & Facial Surgery**  
151 Ash St. Suite B  
Susanville, CA 96130  
info@sierraoralsurgery.com

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Respetamos nuestra obligación legal de mantener privada la información de salud que lo identifica. Estamos obligados por ley a notificarle sobre nuestras prácticas de privacidad. Este Aviso describe cómo protegemos su información de salud y qué derechos tiene sobre ella.

**TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

La razón más común por la que usamos o divulgamos su información de salud es para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos información con fines de tratamiento son: programar una cita para usted; examinar sus dientes; prescribir medicamentos y enviarlos por fax para surtirlos; referirlo a otro médico o clínica para otros servicios o atención médica; u obtener copias de su información de salud de otro profesional que haya visto antes que nosotros. Algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para fines de pago son: preguntarle sobre sus planes de salud o de atención dental u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas o reclamos; y cobrar montos impagos (ya sea a través de nosotros mismos o de una agencia de cobranza o un abogado). "Operaciones de atención médica" se refiere a las funciones administrativas y operativas que tenemos que hacer para administrar nuestra clínica. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica para operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación; aseguramiento interno de la calidad; decisiones de personal; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; y almacenamiento externo de nuestros registros.

**USOS Y DIVULGACIONES POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO**

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o exige que usemos o divulguemos su información de salud sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; algunas puede que no surjan nunca en nuestra clínica. Dichos usos o divulgaciones son:

- cuando una ley estatal o federal ordena que cierta información de salud sea reportada para un propósito específico;
- para fines de salud pública, como la notificación, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas; y avisos hacia y desde la Administración Federal de Drogas y Alimentos con respecto a drogas o dispositivos médicos;
- para revelar a las autoridades gubernamentales sobre víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- para usos y divulgaciones para actividades de supervisión de la salud, como licencia médica; para auditorías de Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de atención médica;
- para divulgaciones en procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas;
- para divulgaciones con fines de aplicación de la ley, como proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito; para proporcionar información sobre un delito en nuestra oficina; o para reportar un crimen que sucedió en otro lugar;
- para realizar divulgaciones a un médico forense para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de la muerte; o a directores de funerarias para ayudar en el entierro; o a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos;
- para usos o divulgaciones en investigaciones relacionadas con la salud;
- para usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad;
- para usos o divulgaciones en funciones gubernamentales especializadas, como la protección del presidente o funcionarios gubernamentales de alto rango; para actividades legales de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio exterior;
- para revelaciones de información no identificada;
- para divulgaciones relacionadas con programas de compensación para trabajadores;
- para divulgaciones de un "conjunto de datos limitado" para investigaciones, salud pública u operaciones de atención médica;
- para divulgaciones incidentales como subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidos;
- para divulgaciones a "socios comerciales" que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información médica;

A menos que se oponga, también compartiremos información relevante sobre su atención con su familia o amigos que lo están ayudando con su atención dental.

**RECORDATORIOS DE CITAS**

Podemos llamar, enviar un correo electrónico, enviar un mensaje de texto o escribir para recordarle sobre citas programadas, o que es hora de hacer una cita de rutina. También podemos llamar, enviar un correo electrónico, enviar un mensaje de texto o escribirle para notificarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que podrían ayudarlo. A menos que nos indique lo contrario, podemos dejarle un mensaje recordatorio en el contestador automático de su casa o con alguien que conteste su teléfono si usted no está en casa.

**OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un "formulario de autorización" por escrito. El contenido de un "formulario de autorización" está determinado por la ley federal. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o divulgación es nuestra idea. A veces, puede iniciar el proceso si es su idea que enviemos su información a otra persona.

Por lo general, en esta situación, nos dará un formulario de autorización debidamente completado, o puede usar uno de los nuestros.

Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene que firmarlo. Si no firma la autorización, no podemos hacer el uso o divulgación de su información. Si firma uno, puede revocarlo en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado confiando en él. Las revocaciones deben ser realizadas por escrito. Debe enviarlas a la persona de contacto de la oficina nombrada al comienzo de este Aviso.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información de salud. Usted puede:

- solicitarnos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pagos u operaciones de atención médica. No tenemos que aceptar hacer esto, pero si lo hacemos, debemos cumplir con las restricciones que desee. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.
- solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamándolo por teléfono al trabajo en lugar de hacerlo a su casa, enviando información de salud por correo a una dirección diferente, o usando el correo electrónico a su dirección de correo electrónico personal. Aceptaremos estas solicitudes si son razonables y si nos paga algún costo adicional que pueda surgir de seguirlos. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso.
- solicitarnos ver u obtener fotocopias de su información de salud. Por ley, hay algunas situaciones limitadas en las que podemos negarnos a permitir el acceso o la copia de su información. Sin embargo, en su mayor parte, podrá revisar o tener una copia de su información de salud dentro de los 30 días de haberlos preguntado (o sesenta días si la información se almacena fuera de nuestras oficinas). Puede que tenga que pagar las fotocopias con anticipación. Si denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si hay una disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para que podamos darle acceso o fotocopias si le enviamos un aviso por escrito de la extensión. Si desea revisar u obtener fotocopias de su información de salud, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.
- solicitarnos que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta. Si aceptamos, modificaremos la información dentro de los 60 días a partir de la fecha en que nos solicite. Enviaremos la información corregida a las personas que sabemos que obtuvieron la información incorrecta y a otras que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición, y la incluiremos con su información de salud junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una vez que su declaración de posición y/o nuestra refutación se incluya en su información de salud, la enviaremos siempre que hagamos una divulgación permitida de su información de salud. Por ley, podemos tener una extensión de tiempo de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito sobre la extensión. Si desea solicitarnos que modifiquemos su información de salud, envíe una solicitud por escrito, incluidos los motivos de la modificación, a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.
- Obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; divulgaciones con su autorización; divulgaciones incidentales; divulgaciones requeridas por la ley; y algunas otras divulgaciones limitadas. Tiene derecho a una lista de este tipo por año sin cargo. Si desea listas más frecuentes, deberá pagarlas por adelantado. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días de haberla recibido, pero por ley podemos tener una extensión de tiempo de 30 días si le notificamos la extensión por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.
- obtener copias impresas adicionales de este Aviso de prácticas de privacidad a pedido. No importa si ya obtuvo uno electrónicamente o en papel. Si desea copias en papel adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.

**NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad hasta que decidamos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su información de salud que ya tenemos, así como a la información que podamos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de prácticas de privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y lo publicaremos en nuestro sitio web.

**QUEJAS**

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentar una queja ante nosotros, envíe una queja por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

**PARA MÁS INFORMACIÓN**

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona de contacto de la oficina a la dirección o al número de teléfono que se muestran al comienzo de este Aviso. Usamos habitualmente su información de salud dentro de nuestra oficina para estos fines sin ningún permiso especial. Si necesitamos divulgar su información de salud fuera de nuestra oficina por cualquier otro motivo, le solicitaremos su escrito.

# RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*\*\*Puede negarse a firmar este Reconocimiento\*\**

Yo, \_\_\_\_\_ (su nombre) he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
(Por favor escriba el nombre del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Su Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## SOLO PARA USO DE OFICINA

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- Rechazó firmar individualmente
- Barreras de comunicación evitando obtener el reconocimiento
- Una emergencia previniendo obtener el reconocimiento
- Otro (Especificar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

