



# Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

<p><b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b></p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p><b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas <b>afirmativas</b>, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</i></p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p><b>SÓLO MUJERES</b> Está usted:</p> <p>Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	--

**Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.**

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>				Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Sí No NS</b>				Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Si es así, especifique: _____			
				Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Especifique: _____			
				Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Tipo de infección: _____			
				Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: \_\_\_\_\_ Teléfono: *Incluya código del área* ( )

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

Explique por favor: \_\_\_\_\_

**NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.**

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A**

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Forma de Detección

Nombre del Paciente:

	CITA PREVIA	EN LA CITA
	Fecha:	Fecha:
¿Tiene fiebre o se ha sentido con algo de temperatura (en los últimos 14 – 21) días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido falta de aire o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene tos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido otros síntomas como de gripe? ¿Molestias gastrointestinales, dolor de cabeza o fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recientemente ha tenido pérdida del olfato o del gusto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene contacto con algún paciente diagnosticado con COVID-19? <i>Pacientes que están bien de salud pero viven con alguien que tiene COVID – 19 deben considerar posponer su cita.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es mayor de 60 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece de alguna enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes o trastorno autoinmune?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En los últimos 14 días ha viajado a regiones afectadas con COVID-19? (Relevante a su ubicación)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Contestar "Sí" a cualquiera de estas preguntas, indicará una discusión más profunda con su dentista antes de poder proceder con un tratamiento electivo.

- Para análisis, consulte la lista de [State and Territorial Health Department Websites](#) para información en su área específica.

**VENTURA DENTAL  
POLÍTICA FINANCIERA**

**Asignación y liberación**

Yo el abajo firmante, tengo seguro con \_\_\_\_\_ y asigno directamente Ventura Dental todos los beneficios, si los hay, de otra manera pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/tutor legal

**Acuerdo del Paciente y Política Financiera**

Por la presente acepto ser responsable de los costos de atención proporcionados por Ventura Dental y/o el equipo dental para mí o mis dependientes. Estos incluyen cualquier deducible y monto sin cobertura por el seguro. **También entiendo que es mi responsabilidad estar al tanto de cualquier limitación, y beneficios de mi póliza de seguro.** El pago a esta oficina es mi responsabilidad y soy consciente de que si la compañía de seguros no reembolsa al médico, soy responsable de la cantidad total.

Entiendo que habrá un cargo de \$35 a todas las cuentas en las que se devuelve un pago de cheque.

Entiendo que debido a que las citas no están reservadas dos veces, no debo proporcionar ningún tipo de cancelación al menos 48 horas antes de mi hora de cita programada. **Para las citas programadas para 60 minutos o más, se me pedirá que haga una tarifa de reserva antes de programar la cita, que se aplicará a mis gastos de bolsillo para la cita. Este suplemento no es reembolsable. Si no me presento a mi cita o no doy un aviso adecuado si no puedo mantener mi cita, la tarifa de reserva se perderá. Para las citas programadas para menos de 60 minutos, se puede aplicar una tarifa de cancelación de \$50 si no proporciono aviso de cancelación al menos 48 horas antes de mi hora de cita programada.**

Hacemos todo lo posible para programar las citas que son más convenientes para usted y que se ajustan a su horario personal. Debido a que no programamos varios pacientes al mismo tiempo, todas las citas están reservadas exclusivamente para usted. A cambio, le pedimos que haga todo lo posible para no cambiar su cita dental reservada.

Entiendo que para cualquier tratamiento menos de doscientos cincuenta dólares (\$250) pago en su totalidad es debido en el momento del servicio. Entiendo que después de 60 días, cualquier saldo no pagado incurrirá en una tarifa de facturación de \$15. Entiendo que el no pagar los montos debido a esta oficina dará lugar a que mi cuenta se coloque con una agencia de cobro. En el caso de que mi cuenta se remita a un abogado, acepto pagar todos los honorarios de cobro y abogado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/tutor legal

**Consentimiento de menores/niños**

Yo, siendo el padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ También entiendo que el padre o tutor que traiga a mi hijo para recibir tratamiento será responsable del pago. Se proporcionará un recibo para que pueda solicitar el reembolso.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/tutor legal



Las estimaciones de seguro se proporcionan como cortesía a nuestros pacientes. En el caso de que su compañía de seguros pague menos de la cantidad estimada, usted es responsable del pago de la diferencia por las tarifas en el momento de que se haya completado el tratamiento. Los beneficios reales y los totales de servicio se determinan solo cuando la reclamación ha sido procesada por su compañía de seguros.

A medida que el tratamiento avanza, pueden ser necesarias modificaciones, lo que podría afectar la tarifa. En caso de que se produzca alguna modificación, el cambio en la tarifa se discutirá lo antes posible antes de comenzar cualquier tratamiento adicional. Cualquier cargo discutido en el momento de la planificación del tratamiento es válido por 90 días solamente.

Una vez que se ha acordado y firmado un plan de tratamiento, cualquier trabajo de laboratorio se inicia inmediatamente para su beneficio. Si se cancelan los procedimientos, el paciente es responsable de la tarifa de laboratorio.

Tenga en cuenta que algunas compañías de seguros sustituirán los beneficios por un relleno de plata en lugar de pagar todos los beneficios por un relleno blanco (resina). Póngase en contacto con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta al respecto.

Además, algunas limpiezas pueden ser necesarias para el tratamiento de las condiciones actuales de las encías, como la enfermedad periodontal o la inflamación gingival. Por favor, reconozca que su compañía de seguros puede no considerar ciertas limpiezas que se recomienda nacientes como un beneficio cubierto. En algunos casos, la compañía de seguros sólo cubrirá las limpiezas normales de profilaxis (limpieza bucal saludable). Por lo tanto, sólo pueden cubrir ciertas limpiezas, ya sea parcialmente o incluso negarlo. En tales casos, el costo de la limpieza que no está cubierto por su compañía de seguros es exclusivamente su responsabilidad. Es muy común que su compañía de seguros no cubra otras limpiezas dentales como el escalado y la planificación de raíces O el escalado con inflamación gingival. Su limpieza que se recomienda se debe al diagnóstico de su examen actual de tejido sormos y condiciones periodontales.

Reconozco que he sido informado de las tarifas anteriores y el tratamiento propuesto. Entiendo que al no completar el tratamiento, mi condición oral puede deteriorarse y necesitar una reevaluación en el futuro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## LICENCIA DE CANCELACION DENTAL DE VENTURA

### *Reservas de Citas, Cancelaciones Tardías y Citas Rotas*

1. Para citas restaurativas y quirúrgicas **se requerirá** una tarifa de reserva ANTES de programar la cita si la cita está programada para:

- 60 minutos la tarifa de reserva es de \$100
- 90 minutos la tarifa de reserva es de \$150
- 120 minutos la tarifa de reserva es de \$200

2. La tarifa **de** reserva no es reembolsable, si el paciente no proporciona un aviso adecuado de por lo menos (48 horas) para cancelar o reprogramar su cita, la tarifa de reserva se perderá. Si el paciente viene a su cita, la tarifa de reserva se aplicará al copago de bolsillo del paciente.

- Para citas de menos de 60 minutos de duración (incluyendo retiros de higiene), si no se da un aviso adecuado (48 horas) una tarifa de cancelación de \$50 PUEDE aplicar. Esto será determinado caso por caso por el Dr. Van.
- Después de 3 (tres) cancelaciones de última hora o citas incumplidas en un período de 12 meses, el Dr. Van puede elegir tener el horario del paciente para citas el mismo día solamente, o el paciente puede ser despedido de la práctica.
- El Dr. Van **DEBE** autorizar el despido de un paciente de la práctica.

3. Saldos de cuenta Exigiremos que los pacientes con saldos de auto pago paguen sus saldos de cuenta a cero (0) antes de recibir más servicios por nuestra práctica. Los pacientes que tienen preguntas sobre sus facturas o que desean discutir una opción de plan de pago pueden llamar y pedir hablar con un representante de la oficina de negocios con quien pueden revisar su cuenta y preocupaciones. Los pacientes con saldos de más de \$100 deben hacer arreglos de pago antes de que se realicen futuras citas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

# de cuenta del paciente \_\_\_\_\_

\* (solo uso en la oficina)

# Ventura Dental

## Aviso de privacidad Prácticas

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED  
Y DIVULGADO Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
POR FAVOR, REVÍSALO CUIDADOSAMENTE.

Ventura Dental, en lo sucesivo, denominada "Práctica", se compromete a preservar la privacidad y confidencialidad de su información de salud. Este Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida, en lo sucesivo denominada "PHI", para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y para otros fines que están permitidos o requeridos por la ley. 45 CFR a 164.520. Este Aviso ha sido revisado para ajustarse a la Regla Final de la HIPAA denominada "Regla Omnibus" publicada 01/25/13. Este aviso sustituye a las versiones anteriores del Aviso y es efectivo 6/1/19. Puede acceder u obtener una copia de acuerdo con las siguientes opciones: 1) nuestro sitio web en [www.venturadentalflorida.com](http://www.venturadentalflorida.com) 2) póngase en contacto con la oficina y solicite que se le envíe una copia por correo o correo electrónico, 3) solicite una copia en el momento de su próxima cita.

### 1. UTILIZACIONES Y DIVULGACIONES DE HIPA. Cómo

Usar su información: Su HIPA puede ser utilizada y divulgada por el proveedor de nuestra Práctica, el personal administrativo y o clínico y otras personas ajenas a nuestra Práctica que estén involucradas en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica.

A) Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención y cualquier servicio relacionado. Podemos divulgar la PHI a otros proveedores que pueden estar tratándolo, como un especialista.

B) Pago: Usaremos su PHI para obtener el pago de los servicios proporcionados por esta Práctica. Por ejemplo, si estamos trabajando con su plan de seguro, podemos verificar la elegibilidad o la cobertura para la determinación de beneficios. Podemos usar o divulgar su información para que se le envíe una factura que pueda incluir los servicios proporcionados.

C) Operaciones de atención médica: La Práctica puede utilizar o divulgar, según sea necesario, su PHI con el fin de apoyar sus actividades comerciales, tales como revisiones de desempeño de calidad con respecto a nuestros servicios o el desempeño de nuestro personal.

i ) Asociados de Negocios: Podemos compartir su PHI con socios comerciales externos, como servicios de respuesta, transcritores, servicios de facturación, consultores, capacitadores y asesores legales. Obtenemos un acuerdo por escrito con los socios comerciales para garantizar la protección y privacidad de su PHI.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que se pueden hacer sin su autorización u oportunidad de aceptar u objetar: Podemos usar o divulgar su PHI en las siguientes situaciones sin su autorización o brindando la oportunidad de aceptar u objetar de la siguiente manera:

D) Requerido o Permitido por la Ley: Podemos usar o divulgar su PHI según lo requiera la ley. Esto puede incluir actividades de salud pública como el control de una enfermedad transmisible o el cumplimiento de los organismos de supervisión de la salud autorizados por la ley. Podemos divulgar la PHI a una autoridad de salud pública autorizada para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Podemos divulgar su PHI si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a una agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información de conformidad con las leyes estatales y federales. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos por la calidad, seguridad o eficacia de los productos o actividades regulados por la FDA. Podemos divulgar su PHI en el curso de un procedimiento legal en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal. También podemos divulgar la PHI a las fuerzas del orden siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables. Podemos divulgar la PHI a un médico forense o forense para fines de identificación. Podemos divulgar la PHI a los investigadores cuando la información no lo identifique directamente como la fuente de la información y dicha investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional para garantizar la privacidad de la PHI. Podemos divulgar la PHI según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores. Podemos usar y divulgar su PHI si usted es un recluso de un centro correccional y esta información es necesaria para su atención.

Autorización para otros usos y divulgaciones de PHI: El uso y divulgación de su PHI no abordado en este Aviso de Prácticas de Privacidad se realizará únicamente con su autorización por escrito. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca esta autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su PHI; sin embargo, no podemos recuperar divulgaciones anteriores hechas con su autorización previa.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que requieran su permiso u objeción:

E) Estudiantes: Podemos compartir la PHI con los estudiantes que trabajan en nuestra Práctica para cumplir con sus requisitos educativos. Si no desea que un estudiante observe o participe en su atención, notifíquelo a su proveedor.

F) Recordatorios de citas: Podemos ponernos en contacto con usted como recordatorio de su cita. Solo se proporciona información limitada en un contestador automático o en una persona que no sea usted que responda a la llamada. Podemos emitir una tarjeta postal o una carta notificándole que es hora de hacer una cita. Puede proporcionar un medio de contacto preferido, como un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico. Se atenderán solicitudes razonables.

G) Familia, Amigos Cercanos, Representantes Personales y Cuidadores: Nuestro personal puede revelar a la persona involucrada en su atención su PHI relevante para la participación de esa persona en su atención o el pago de los servicios que le brindan identificar a estas personas y autorizar la divulgación de información. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional. Si un adulto joven de dieciocho (18) años de edad solicita que su información no sea dada a un padre o tutor, debemos cumplir con esta solicitud de conformidad con la ley estatal. Para los niños menores que viven en hogares divididos, ambos padres (madre y padre) tienen acceso a la PHI a menos que sus derechos parentales hayan sido cancelados. El pago de los servicios se aborda en su Decreto de Divorcio Final; sin embargo, obtenemos el pago del padre que trae al niño para el tratamiento. Le proporcionaremos una declaración para enviar la otra madre para su reembolso.

H) Alivio de Desastres: Si corresponde, podemos usar o divulgar su PHI a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su cuidado.

2. SUS DERECHOS. La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a la PHI que recopilamos sobre usted:

A) Copia de este Aviso: Usted tiene derecho a una copia de este aviso, incluida una copia en papel.

B) Inspeccionar y copiar la PHI: Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI sobre usted mantenida por nuestra Práctica para incluir los registros de

pacientes y facturación. Debe enviar una solicitud por escrito e indicar si prefiere una copia en papel o electrónica. De acuerdo con la ley estatal y federal, podemos cobrarle una tarifa razonable para copiar sus registros. Nuestra práctica no transmite PHI no segura por correo electrónico. Sin embargo, si prefiere que esta información se le envíe por correo electrónico con medidas de cifrado o seguridad, cumpliremos con su solicitud y verificaremos su dirección de correo electrónico. Le sugerimos que envíe un correo electrónico a nuestra práctica y le responderemos con el archivo adjunto. (Nota: Bajo la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar notas de psicoterapia; información recopilada en anticipación razonable o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo. Póngase en contacto con el oficial de privacidad para obtener más información).

C) Enmienda: Usted tiene derecho a que su proveedor modifique su PHI sobre usted en un conjunto de registros designado. Por favor, consulte con el Oficial de Privacidad. Podemos denegar esta solicitud y usted puede responder con una declaración. Podemos incluir una declaración de refutación en su expediente. Las razones por las que podemos negar la modificación de dicha información, pero no limitadas a estas razones, es si no creamos la información, o si la persona que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda o no forma parte de la información mantenida en Práctica.

D) Restricciones: Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su PHI. Si pagó de su bolsillo por un servicio o artículo, tiene derecho a solicitar que la información no se divulgue a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica y estamos obligados a cumplir con esa solicitud. Usted puede solicitar por escrito a nuestro Oficial de Privacidad que no use ni divulgue ninguna parte de su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, como a familiares o amigos involucrados en su cuidado o para fines de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Sin embargo, su proveedor no está obligado a aceptar esta restricción. Puede discutir las restricciones con el Oficial de Privacidad.

E) Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra Práctica por medios alternativos o en un lugar alternativo. Por ejemplo, puede preferir nuestra práctica para usar su teléfono móvil o correo electrónico en lugar de una línea residencial. Por favor, haga esta solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Nuestro personal no hará preguntas personales con respecto a su solicitud.



F) Divulgaciones: Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de las divulgaciones de su PHI, incluidas las realizadas a través de un Asociado de Negocios como se establece en CFR 45 s 164.528. La Ley HITECH eliminó la contabilidad de las divulgaciones excepción a la PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica si dichas divulgaciones se realizan a través de la EHR. Para solicitar una contabilidad, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

G) Notificación de incumplimiento: De acuerdo con la Ley HITECH, usted tiene el derecho de ser notificado después de una violación de la PHI no segura que le afecta. "No segura" es información que no está asegurada mediante el uso de tecnología o metodología identificada por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para hacer que la PHI sea inutilizable, ilegible e indescifrable para los usuarios no autorizados. La notificación de incumplimiento se aplica a nuestros Socios Comerciales que están obligados a notificar a nuestra Práctica si se produce una violación de la PHI no segura que le afecta.

H) Recaudación de fondos: Si la PHI se utiliza para la recaudación de fondos que se considera "operaciones de atención médica", se deben cumplir los requisitos básicos para incluir aviso a usted y un proceso para que usted opte por no participar. Si el individuo da su consentimiento, solo se pueden utilizar partes específicas de la PHI para recaudar fondos. Nota: Su PHI no se utilizará de esta manera.

3. RECLAMACIONES. Usted tiene derecho a presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad o los de otras personas han sido violados. Puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad y su problema será abordado. También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos en: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201. Su queja debe presentarse por escrito, ya sea en papel o electrónicamente, por correo, fax o correo electrónico; nombrar a la entidad cubierta o socio comercial involucrado y describir los actos u omisiones que usted cree que violaron los requisitos de las Reglas de Privacidad, Seguridad o Notificación de Incumplimiento; y ser presentado dentro de los 180 días de cuando usted supo que el acto ocurrió. Ves el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles en [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/) para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, desea información adicional o desea informar de un problema con respecto al manejo de su PHI, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad al:

Ventura Dental  
2615 Simpson Rd  
Kissimmee, FL 34744  
321-351-2294  
[Venturadentaloffice@gmail.com](mailto:Venturadentaloffice@gmail.com)

Usted no será penalizado por presentar una queja.

# Ventura Dental

*Su privacidad es importante para nosotros*

## Reconocimiento de la recepción del aviso de políticas de privacidad

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Ventura Dental. Por la presente autorizo, como se indica en mi firma a continuación, a Ventura Dental a usar y divulgar mi información médica protegida para cualquier propósito clínico, financiero y de seguro necesario, según lo autorizado en el formulario de Consentimiento del Paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Por favor, compruebe su medio de comunicación preferido:

- Puede ponerse en contacto conmigo en mi número de teléfono de casa
- Puede ponerse en contacto conmigo en mi número de teléfono móvil
- Puede ponerse en contacto conmigo en mi número de teléfono de trabajo
- Puede enviarme un mensaje de texto /correo electrónico
- Otro \_\_\_\_\_

Por favor, enumere a las personas autorizadas con las que podemos discutir su Información médica protegida (PHI) además de los padres de custodia y tutores legales:

1. \_\_\_\_\_ Fecha Añadida / Eliminada: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Fecha Añadida / Eliminada: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Fecha Añadida / Eliminada: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Fecha Añadida / Eliminada: \_\_\_\_\_

\* \* \*

**Solo para uso de la oficina: Intentamos obtener un**  
acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad,  
pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohíben obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otros (Especificar) \_\_\_\_\_

Iniciales de la persona del personal \_\_\_\_\_