



CONSENTIMIENTO INICIAL Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Consentimiento inicial

Tratamiento de Consentimiento

Entiendo que puedo tener cualquiera o todos los siguientes procedimientos que se realizan hoy en día o en una cita siguiente (según sea necesario) : examen, rayos X (radiografías), limpieza (profilaxis), tratamiento de fluoruro , anestésico local, y rellenos.

Alergias

Entiendo que los antibióticos, medicamentos para el dolor, látex y otras sustancias pueden causar reacciones alérgicas que pueden causar enfermedades graves. He informado al dentista y el personal de cualquier alergia o condiciones médicas que tengo, incluyendo el embarazo.

Cambios en Tratamiento

Entiendo que pueden ser necesarios cambios en el tratamiento previsto durante el tratamiento debido a condiciones no previstas durante la fase de planificación del examen y el tratamiento de la atención.

Obligación Financiera

Tratamiento ideal se determina por el dentista en el momento de examen y será presentado al paciente. Entiendo que las averías plan de tratamiento son sólo estimaciones de lo que va a pagar el seguro. Entiendo que estoy obligado a pagar todos los costos asociados con el tratamiento, así como cualquier parte, en su caso, que no sea pagada por la compañía de seguros.

Política De Privacidad

Este aviso describe cómo la información sobre su salud puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente. Este aviso también describe las prácticas de privacidad de Elite Dentistry ("Dental Practice"). "Nosotros" y "nuestro" significa la práctica dental. "Usted" y "Su" significa nuestro paciente.

Nuestro uso y divulgación de su información médica sin su autorización por escrito

Tratamiento: Nosotros usaremos su información de salud para proporcionarle tratamiento o servicios dentales, como la limpieza o el examen de los dientes o la realización de procedimientos dentales. Podemos revelar información sobre su salud a especialistas, médicos o otros profesionales de la salud dental involucrados en su cuidado.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago de los planes de salud y aseguradoras de la atención que le brindamos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar información sobre su salud en relación con las operaciones de atención de la salud necesarios para ejecutar nuestra práctica, incluyendo la revisión de nuestros tratamientos y servicios, capacitación, evaluación del desempeño de nuestros profesionales y personal de atención de salud, garantía de calidad, financiero o auditorías de facturación, asuntos legales, y la planificación y desarrollo de negocios.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando se comunique con usted para recordarle de una cita con el dentista. Podemos comunicarnos con usted via el uso de una tarjeta postal, mensaje de texto, carta, correo de voz o de correo electrónico.

Alternativas de Tratamiento y Beneficios y Relaciones de la Salud y Servicios: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para informarle acerca de las opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Divulgación a familiares y amigos: Podemos revelar su información médica a un familiar o amigo que esté involucrado en su cuidado o paga por su cuidado si usted no se opone o, si usted no está presente, creemos que es lo mejor para usted interés en hacerlo.

Divulgación requerida por la Ley: Podemos utilizar o divulgar su información de salud en la medida en que estamos obligados por ley a hacerlo. Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud del paciente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para que pueda investigar las quejas o determinar nuestro cumplimiento con HIPAA.

Actividades de salud pública: Podemos divulgar su información de salud para actividades y propósitos de salud pública, que incluyen: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos o muertes; casos de abuso y negligencia infantil; la notificación de reacciones adversas a medicamentos o alimentos; informar defectos de los productos; permitiendo retiradas de producto; y notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos revelar su información médica a las autoridades gubernamentales correspondientes acerca de un paciente quien creemos es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos revelar su información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades necesarias para el gobierno para proporcionar una supervisión adecuada del sistema de atención de salud, algunos programas de beneficios del gobierno, y el cumplimiento de las leyes ciertos derechos civiles.

Demandas y Acciones Legales: Podemos revelar su información de salud en respuesta a (i) una orden judicial o administrativa o (ii) una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal que no está ordenado por un tribunal si se han hecho esfuerzos para notificar el paciente o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley: Podríamos divulgar su información médica a un oficial de la ley por motivos policiales, como a identificar o localizar a un sospechoso, testigo material o persona desaparecida o para alertar a la policía de un delito.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias: Podemos revelar información de salud del paciente a un médico forense, examinador médico o director de la funeraria para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Fines de Investigación: Podemos usar o divulgar su información médica para fines de investigación con arreglo a la aprobación de la renuncia la autorización del paciente por una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad.

Amenaza grave a la salud oa la seguridad: Podemos utilizar o divulgar su información médica si creemos que es necesario hacerlo para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Funciones Especializadas del Gobierno: Podemos revelar su información de salud a los militares (nacional o extranjera) sobre sus miembros o veteranos, para la seguridad nacional y los servicios de protección del Presidente u otros jefes de Estado, al gobierno para las revisiones de habilitación de seguridad, y en cárcel o prisión acerca de sus internos.

Compensación (Worker's Comp.): Podemos revelar su información de salud para cumplir con 'Worker's Cpm.' Y sus leyes de compensación o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Su autorización por escrito para cualquier otro uso o divulgación de su información de salud: Vamos a hacer otros usos y divulgaciones de información de salud que no se discuten en este aviso sólo con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud por las razones objeto de la autorización en el futuro.

POR MI FIRMA, CERTIFICO QUE HE RECIBIDO Y LEIDO UNA COPIA IMPRESA Y ENTENDIDO QUE ESTA AUTORIZACION ES VOLUNTARIAMENTE. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA COMO SE DESCRIBE EN ESTA AUTORIZACIÓN. ESTOY DE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA LA MENCIONADA ANTERIORMENTE DECLARACIONES.

Fecha:	
Nombre de paciente	
Firma de Paciente	