

Redlands Dental Surgery Center

1180 Nevada Street, Suite 100
Redlands CA 92374

Informacion Paciente:

Apellido: _____ Telefono del Hogar: _____
Primer Nombre: _____ M.I. _____ Telefono del Celular: _____
Direccion: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo (M/F): _____
Ciudad: _____ Seguro Social: _____
Estado: _____ Zona Postal: _____ Estado Civil: **M S W D Sep.**

El paciente tiene California State Benefits Program (Medical/Dental)?

Si – ID# _____ email: _____
No – Por favor complete la informacion

Seguro de Salud: _____ (Kaiser, Health Net, LA Care)

Informacion Del Suscriptor Seguros

Apellido: _____ Telefono de Hogar: _____
Primer Nombre: _____ M.I. _____ Telefono del Celular: _____
Direccion: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Ciudad: _____ Sexo (M/F): _____
Estado: _____ Zona Postal: _____ Seguro Social: _____
Nombre de Asegurancia: _____ Estado Civil: **M S W D Sep.**
Paciente ID#: _____
Group #: _____
Numero de Asegurancia: _____

Notificar En Caso De Emergencia

Nombre: _____ Telefono del Hogar: _____
Direccion: _____ Telefono de Celular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Relacion: _____

Redlands Dental Surgery Center

1180 Nevada Street, Suite 100 Redlands CA 92374

Historia Médica

Spanish

Nombre del paciente: _____ No. de Ident. del Paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Sí Si, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

- | | |
|---|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. Sí No ¿Mareos? |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. Sí No ¿Falta de aliento? | 20. Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Sí No ¿Desmayos? |
| 11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. Sí No ¿Vista borrosa? |
| 12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. Sí No ¿Convulsiones? |
| 13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. Sí No ¿Sed excesiva? |
| 14. Sí No ¿Dificultad al tragar? | 25. Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. Sí No ¿Boca seca? |
| 16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. Sí No ¿Ictericia? |
| 17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| 29. Sí No ¿Enfermedades del corazón? | 40. Sí No ¿SIDA? |
| 30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. Sí No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. Sí No ¿Soplos en el corazón? | 42. Sí No ¿Artritis, reuma? |
| 32. Sí No ¿Fiebre reumática? | 43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. Sí No ¿Presión sanguínea alta? | 45. Sí No ¿Anemia? |
| 35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. Sí No Sífilis o gonorrea o herpes? |
| 36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. Sí No Autismo? |
| 37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex? | 49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas |
| 39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. Sí No Niños Especiales? _____ |
| | 51. Sí No ¿Diabetes? |

VI. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. Sí No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. Sí No ¿Tratamientos de radiación? | 57. Sí No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí No ¿Quimioterapia? | 58. Sí No ¿Cirugías? |
| 54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí No ¿Marcapasos? |
| 55. Sí No ¿Articulación artificial? | 60. Sí No ¿Lentes de contacto? |

V. ESTÁ TOMANDO:

- | | |
|---|---|
| 61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

- | | |
|--|--|
| 65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

REVISIÓN SUPLEMENTARIA:

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 2. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 3. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |

Esta oficina pantallas pacientes para (aerosol enfermedad transmisible) de ATD utilizando formularios de historia de la salud y la comunicación oral en el mostrador de recepción, ya que los pacientes entran en nuestra oficina. Se le pide a cualquier paciente con sospecha de ATD ir a casa y si el tratamiento dental de emergencia necesario, se remite a un hospital. Esta oficina sigue los requisitos de control de infecciones dentales para ayudar a minimizar la propagación de la ATD de.

Cuestionario de Screening ATD-Paciente Documentación

Para asegurar que nuestros pacientes son tratados en un ambiente que promueve la salud y el bienestar, y de acuerdo con los requisitos de Cal / OSHA para proporcionar un lugar de trabajo seguro y saludable, los pacientes que sufren de ATD como las paperas, la varicela, el sarampión, la gripe, la tuberculosis u otra enfermedades que pueden ser transmitidas por transmisión aérea deberían notificar a nuestra oficina inmediatamente.

La higiene respiratoria y el manejo de la tos

Durante su estancia en nuestras instalaciones, por favor seguir las siguientes prácticas recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- Cúbrase la nariz y / o boca al toser o estornudar.
- Use pañuelos para contener las secreciones respiratorias y deséchelos en el cesto de basura más cercano después de su uso.
- Lávese las manos con agua y jabón o con un desinfectante de manos a base de alcohol después de haber tenido contacto con secreciones respiratorias potencialmente contaminados.

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____

Firma / Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

¿Estás sufriendo de cualquiera de los siguientes signos o síntomas de enfermedad transmisible aerosol?

Por favor marque (SI) o (NO) para cada pregunta:

	SI	NO
1. ¿Tiene actualmente una enfermedad respiratoria?	___	___
2. ¿Ha tenido tos durante al menos 3 semanas, no se explica por las condiciones no infecciosas?	___	___
3. ¿Ha tenido ataques de tos que interfieren con el comer, el beber, hablar o respirar?	___	___
4. Además de la tos, están experimentando actualmente, o ha experimentado recientemente:		
• Fiebre	___	___
• Fatiga Crónica	___	___
• Tos con sangre	___	___
• Glándulas salivales hinchadas y dolorosas	___	___
• Erupción inexplicada	___	___
5. ¿Ha estado expuesto a cualquier persona con un aerosol infeccioso transmisible más que la influenza estacional?(Vea a continuación una lista de tales enfermedades, y las exposiciones de enfermedades círculo específico.)		
•Flu (que no sea de temporada)		
•Chickenpox		
•Smallpox		
•Tuberculosis		
•Diphtheria		
•Meningitis		
•Mumps		
•Pneumonia		
•Parvovirus		
•Epstein-Barr Virus		
•Strep		
•Whooping Cough		
•Shingles		
•Measles		
•MRSA		
•SARS		
•Scarlet Fever		

Redlands Dental Surgery Center

NON-CONTRACTED HEALTH INSURANCE POLICY

Redlands Dental Surgery Center is an outpatient surgery center which specializes in general dentistry. Because of this, our facility bills both health and dental insurance plans.

Our office is a non-contracted facility with the following insurances:

**Kaiser
Health Net
LA CARE
Caloptima
All HMO plans**

Because these insurances DO NOT carry contracts with our facility, there is an outpatient fee of \$500.00 due at each anesthesia appointment. You do have the option to find a contracted provider within your plans network to avoid this fee.

By signing below, I am acknowledging that I am aware of the out-patient facility fee of \$500.00 and responsible for this charge if I have Kaiser, Health Net, LA Care, Caloptima, or any of the HMO plans.

Print Name

Signature

Date

Redlands Dental Surgery Center

1180 Nevada St., Ste#100.

Redlands, CA 92374

(909)335-0474 or Fax (909)335-0477

Nombre de Paciente: _____ Fecha De Namiciiento: _____

Consentimiento al plan de seguro de ley:

Doy permiso para Redlands Dental Surgery Center de facturar mi compañía de seguros (es) de los servicios cubiertos y el intercambio de la información necesaria para asegurar el pago de estos servicios. (Tal información necesaria puede incluir el nombre del paciente, diagnóstico, fechas de servicio, tipo de servicios, y otra información pertinente necesaria para procesar los reclamos). Entiendo que soy responsable de pagar todos los saldos no cubiertos por mi plan de seguro. También entiendo que si el pago del seguro se realiza directamente a mí por los servicios prestados en Redlands Dental Surgery Center, soy responsable de remitir inmediatamente los pagos al proveedor que prestó el servicio. Yo notificaré Redlands Dental Surgery Center de cualquier cambio en el seguro del nombre del paciente por encima dental, seguro de salud y / o la cobertura Medi-Cal/Denti-Cal incluyendo la información negativa.

Firma/Relacion

Fecha

Redlands Dental Surgery Center

Formulario De Consentimiento Del Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Se adjunta a este formulario. usted encontrará una copia de sus derechos como paciente, Política de privacidad, materiales dentales Hoja, Condiciones de cancelación e información sobre directivas anticipadas. Por favor, separe el formulario y leer con cuidado, esta es tuyo para siempre.

Se me ha entregado una copia de y entiendo mis derechos como paciente de Redlands Dental Surgery Center.

Inicial

Me han dado una copia y entender la política de privacidad de Redlands Dental Surgery Center.

Inicial

Se me ha entregado una copia de la Hoja de Datos de Materiales Dentales.

Inicial

He leído y entiendo política Cancelaciones de Redlands Dental Surgery Center.

Inicial

Por favor marque Sí o No:

Tengo una Directiva Anticipada. (Si/No)

He recibido una copia de cómo obtener una directiva anticipada. Soy consciente de que el Redlands Dental Surgery Center, no honra directivas anticipadas.

Firma / Relación

Fecha

DERECHOS DEL PACIENTE

DE ACUERDO CON LOS CÓDIGOS DE SEGURIDAD Y SALUD, EL CENTRO DE CIRUGÍA Y PERSONAL MÉDICO HAN ADOPTADO LA SIGUIENTE LISTA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE :

Acceso: Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud , con excepciones limitadas . Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicita a menos que no sea factible hacerlo. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso en contacto con nuestra oficina. Se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo de los gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta. Si solicita copias , puede haber un cargo por el tiempo dedicado . Si solicita un formato alternativo, se le cobrará una tarifa basada en el costo de proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por un suplemento. Póngase en contacto con nosotros para obtener una explicación completa de nuestra estructura de honorarios.

Auditoría de las Revelaciones: Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en que hemos divulgado su información médica para propósitos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades durante los últimos seis años. Si usted solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia). En el caso de que usted paga de su propio bolsillo y en su totalidad por los servicios prestados, usted puede solicitar que no compartamos su información médica con su plan de salud. Tenemos que estar de acuerdo con esta solicitud.

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria de cómo los pagos serán manejados bajo los medios o el lugar alternativos que solicita.

Incumplimiento de notificación: En caso de que se violó su información de salud protegida sin garantía, se le notificará según lo exija la ley. En algunas situaciones, usted puede ser notificado por nuestros socios de negocios.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que se corrija su información médica. (Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada). Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Preguntas y Quejas:

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones , por favor comuníquese con nosotros en:

Contacto: Redlands Dental Surgery Center

Teléfono : (909) 335-0474 Fax : (909) 335-0477

Dirección: 1180 Nevada Street Suite 100 , Redlands CA 92374

O contacto: Departamento de Salud Publica: (909) 383-4777

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o tener nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos , puede enviar una queja por escrito a nuestra oficina o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. , Oficina de Derechos Civiles . No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

DIRECTIVA ANTICIPADA

No honramos directivas anticipadas que significa que siempre vamos a utilizar las medidas de salvamento en caso de emergencia. Directivas anticipadas son instrucciones dadas por individuos que especifican las acciones que deben tomarse para la salud en caso de que ya no son capaces de tomar decisiones debido a una enfermedad o incapacidad. Un testamento en vida es una forma de una directiva anticipada, dejando instrucciones para el tratamiento. Si desea más información sobre cómo obtener una directiva anticipada, puede llamar (800) 510-2020 o (916) 322-3887. También puede comunicarse con el Departamento de la Vejez de California 1600 "K" Street, Sacramento, CA, 96814

Junta Dental de California Materiales Dentales Hoja

El siguiente documento es la Junta Dental de la Hoja de Datos de Materiales Dentales de California. El Departamento de Asuntos del Consumidor no tiene una posición con respecto a la redacción de esta Hoja de Datos de Materiales Dentales, y su vinculación con el sitio Web de DCA no constituye una aprobación del contenido de este documento.

Aprobada por el Consejo de 17 de octubre 2001

Prescritos en el capítulo 801 de los Estatutos de 1992, la Junta Dental de California ha preparado este folleto informativo para resumir la información sobre los materiales de restauración dental más frecuente. La información contenida en esta hoja informativa tiene por objeto fomentar la discusión entre el paciente y el dentista con respecto a la selección de los materiales dentales más adecuados para las necesidades dentales del paciente. No se pretende que sea una guía completa a la ciencia de materiales dentales.

Los materiales más utilizados en la odontología restaurativa son las amalgamas , resina compuesta , ionómero de vidrio , cementos de resina de ionómero , porcelana (de cerámica) , porcelana (fundida sobre metal) , aleaciones de oro (noble) y níquel o cobalto - cromo (base - aleaciones metálicas) . Cada material tiene sus propias ventajas y desventajas, beneficios y riesgos. Estos y otros factores pertinentes se comparan en la matriz adjunta titulada " Las comparaciones de los materiales dentales restauradores. " "Un Glosario de términos " , también se une a ayudar al lector en la comprensión de los términos utilizados.

Las declaraciones se apoyan en la investigación dental relevante, creíble publicada principalmente entre 1993-2001. En algunos casos, donde la investigación contemporánea es escasa, hemos indicado los mejores percepciones basadas en la información que es anterior a 1993.

El lector debe tener en cuenta que el resultado del tratamiento dental o la durabilidad de la restauración no es sólo una función del material con el que se hizo la restauración.

La durabilidad de cualquier restauración está influenciada por la técnica del dentista cuando la colocación de la restauración, el material auxiliar utilizado en el procedimiento, y la cooperación del paciente durante el procedimiento. Tras la restauración de los dientes, la longevidad de la restauración estará fuertemente influenciado por el cumplimiento del paciente con la higiene dental y cuidado en el hogar, su dieta y hábitos de masticación.

Condiciones de Cancelación

Redlands Centro de Cirugía Dental requiere un día de dos empresas (48 horas) de anticipación de cualquier cambio o cancelación de su cita para la cirugía. Esto nos da tiempo para llenar el nombramiento nos reservamos inicialmente para usted por otra paciente que puede estar a la espera de una cita para la cirugía. Nosotros, sin embargo, entendemos que las enfermedades y las emergencias puedan producirse y acomodaremos para esos casos raros.

Se cobrará una cuota de \$ 25 para no notificar a nuestra oficina dentro del tiempo asignado. Agradecemos su puntualidad en cuanto a este asunto.

Política de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar su información de salud y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.

Nuestro Deber Legal

Las leyes federales y estatales requieren que mantengamos la privacidad de su información médica. También estamos obligados a entregarle este Aviso sobre las prácticas de nuestra oficina de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Estamos obligados a seguir las prácticas que se describen en este aviso mientras que está en efecto. Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre 2013 y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean aplicables a toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información médica que creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible bajo petición. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros (la información de contacto más abajo).

Usos y divulgaciones de información médica

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Tratamiento: Podemos revelar información médica a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención que necesita. Podemos usar o revelar su información de salud a otro dentista u otros profesionales de la salud que ofrecen tratamiento que nosotros no proporcionamos. También podemos compartir su información médica con un farmacéutico con el fin de ofrecerle una receta o con un laboratorio que realiza las pruebas o fabrica prótesis dentales o aparatos de ortodoncia.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le ofrecemos, a menos que usted solicite que limitemos la divulgación de su plan de salud cuando usted ha pagado de su bolsillo y en su totalidad por los servicios prestados.

Operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen, pero no se limitan a, evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación profesional y desempeño de los proveedores, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales actividades.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para operaciones de tratamiento, pago o atención médica, usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras esté vigente. A menos que usted nos da una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

Familia y Amigos: Debemos revelar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la divulgación a miembros de la familia, otros parientes, amigos cercanos, o cualquier otra persona identificada por usted.

Sin garantía Email: No te enviaremos correos electrónicos sin garantía sin garantía relacionados con su información médica sin su autorización previa. Si usted autoriza a las comunicaciones via e-mail sin garantía, usted tiene el derecho de revocar la autorización en todo momento.

Las personas involucradas en el cuidado: Podemos usar o divulgar información médica para notificar o asistir en la notificación (incluyendo la identificación o localización) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general, o la muerte. Si usted está presente, entonces antes de su uso o divulgación de su información de salud, le daremos la oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a una persona recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud.

Marketing de Servicios de Salud relacionados: Podemos comunicarnos con usted acerca de productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o para proponer otros tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud en las que puede estar interesado. También podemos alentarle a comprar un producto o servicio cuando usted visita nuestra oficina. Si usted está actualmente inscrito en un plan dental, que puede recibir el pago por las comunicaciones con usted en relación a nuestra disposición, coordinación o administración de su cuidado dental, incluyendo nuestra coordinación o gestión de su atención médica con un tercero, nuestra consulta con otros profesionales de la salud en relación con su cuidado, o si nosotros le llamamos la atención de salud. No vamos a utilizar de otro modo o revelar su información de salud para fines de marketing sin la autorización por escrito. Vamos a revelar si recibimos pagos por actividades de marketing que usted haya autorizado.

Cambio de propiedad: Si esta práctica dental se vende o se fusiona con otra práctica u organización, sus registros de salud pasarán a ser propiedad del nuevo dueño. Sin embargo, usted puede solicitar que las copias de su información de salud se transferirán a otra clínica dental.

Requerido por Ley: Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido para ello por la ley.

Salud Pública: Podemos, ya veces son obligados legalmente, de revelar su información de salud a agencias de salud pública para fines relacionados con la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, abuso o negligencia de informes; denunciar la violencia doméstica; informes a la Administración de Alimentos y Drogas problemas con productos y reacciones a medicamentos, y la notificación de enfermedades o exposición a la infección. Al comunicar las presuntas maltrato de ancianos o adultos dependientes o violencia doméstica, pronto pondremos a usted o a su representante personal informar a menos que creamos que la notificación se le coloque en riesgo de daño o sería necesario informar a un representante personal que creemos que es responsable del abuso o daño.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones correccionales o oficiales de la ley que tengan la custodia legal de la información protegida de la salud de los internos o pacientes bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas a través de correo de voz, postales, o cartas. También podemos dejar un mensaje con la persona que contesta el teléfono si usted no está disponible.

Hoja de asistencia y Anuncio: Al llegar a nuestra oficina, nosotros podemos usar y revelar información médica acerca de usted pidiendo que firme una hoja de admisión en nuestra recepción. También es posible que anunciemos su nombre cuando estemos listos para verte.