

## **Sarrell Regional Dental Center Política de Nuestra Oficina**

**!Bienvenido a nuestra oficina! De antemano queremos agradecerle por habernos escogido y darnos la oportunidad de brindarle a usted y a su niño(a) nuestros servicios y el tratamiento dental de la más alta calidad. Es nuestro compromiso brindarle a su niño(a) el mejor tiramiento y servicio posible.**

**Por favor comprenda que la edad promedio de nuestros pacientes es de entre 3 a 5 años de edad y sólo podemos trabajar tan rápido como cada niño(a) nos lo permita. Con esto dicho, sólo le podemos proveer con un estimado del tiempo de la duración de la cita de su niño(a).**

**PADRES, es nuestra política el tratar de establecer una relación de uno a uno entre nuestro staff y su niño(a). Para poder establecer esta relación por lo general le pedimos a los padres que esperen en el lobby hasta que su presencia sea requerida por el staff o por el doctor. Esto no significa que usted no puede checar o ver a su niño(a), pero por favor considere la reacción que su presencia puede causar en su niño(a) cuando lo(a) vean. Es nuestra experiencia que la mayoría de los niños(as) se portan mejor cuando se encuentran solos con el staff.**

**Para los niños menores de 18 años de edad, el PADRE O GUARDIAN debe de permanecer en el edificio en todo momento mientras su niño(a) esta en tratamiento. Nosotros entendemos que a veces ocurren conflictos entre el horario de su trabajo y nuestras citas, pero nosotros no podemos atender a su niño(a) a menos de QUE SE ENCUENTRE PRESENTE ALGUIEN QUE PUEDA TOMAR DECISIONES LEGALMENTE.**

**Por favor considere el horario en que usted escogió para hacer su cita. Estas citas están reservadas Exclusivamente para su Niño(a). Una cita perdida/cancelada o cambiada sin un previo aviso de 24 horas nos deja con tiempo de servicio que podría haber sido utilizado para otro niño(a). También contamos con doctores que solamente viajan especialmente para tratar a su niño(a). Sin un previo aviso de 24 horas, estos doctores hacen un viaje especial con su niño(a) en mente y su tiempo se ve perdido.**

**Gracias por confiar en Sarrell Regional Dental Center y por darnos la oportunidad y el privilegio de servir las necesidades de su niño(a). Si usted tiene cualquier duda o pregunta, por favor consulte a cualquiera de las personas de nuestro personal.**

## Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido, Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre  
Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Cell) \_\_\_\_\_ (Otro) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle # de Departamento  
Ciudad Estado Código Postal

## Información Sobre la Condición Médica del Paciente

¿Su niño(a) ha padecido de cualquiera de las siguientes? Por favor marque sólo aquellas condiciones que apliquen:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA                        | <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo         | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado      | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco                    |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____              | <input type="checkbox"/> Desmayos                  | <input type="checkbox"/> Desordenes Mentales        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                       |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                    | <input type="checkbox"/> Glaucoma                  | <input type="checkbox"/> Desordenes Nerviosos       | <input type="checkbox"/> Tumores                            |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Crecimientos Anormales    | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Ulceras                            |
| <input type="checkbox"/> Artritis                    | <input type="checkbox"/> Rinitis Alérgica          | <input type="checkbox"/> Embarazo                   | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales | <input type="checkbox"/> Heridas en la Cabeza      | Fecha de Alivio: _____                              | <input type="checkbox"/> Alergia a la Codeína               |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón    | <input type="checkbox"/> Tratamiento con Radiación  | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre     | <input type="checkbox"/> Murmullo del Corazón      | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios    | Otros:  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Hepatitis                 | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática           | <input type="checkbox"/> _____                              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Presión Alta              | <input type="checkbox"/> Reumatismo                 | <input type="checkbox"/> _____                              |
| <input type="checkbox"/> Mareos                      | <input type="checkbox"/> Ictericia                 | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinusitis  |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales      |   |

- ¿Ha tenido complicaciones después de un tratamiento dental?  Si  No  
Si contestó si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido que ser admitido al hospital o llevado a urgencias en los últimos 2 años?  Si  No  
Si contestó si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Esta bajo el cuidado de algún doctor?  Si  No  
Si contestó si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún otro problema médico que necesite de mayor aclaración?  Si  No  
Si contestó si, por favor explique: \_\_\_\_\_
- **Por favor enliste cualquier medicamento que su niño(a) este tomando:**  
\_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento, las repuestas que he contestado anteriormente son verdaderas y correctas. Si mi niño(a) llegase a tener cualquier cambio en mi salud, yo le informare a los doctores en mi próxima visita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o guardián Fecha: \_\_\_\_\_

## Hábitos de Su Niño(a)

Cada cuando se cepilla los dientes su niño(a)? \_\_\_\_\_ ¿Usa el hilo dental? Frecuencia? \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima visita dental \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_

¿Su Niño(a):

Se chupa el dedo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se chupa el labio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se come las uñas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Muerde cosas duras? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rechina los dientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Aprieta la mandíbula? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### Información del Padre o Guardián

Lo siguiente es para el:  padre  guardián legal

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Hombre  Mujer  Casado(a)  Soltero(a)  Otro \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_ (Otro): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle # de Apartamento  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

### Información de Trabajo (No hay necesidad de llenarla si sólo tiene Medicaid o ALL-Kids)

Los siguientes dos recuadros sólo se tienen que llenar si el paciente tiene otro tipo de asuguranza que no sea Medicaid o All-Kids. Por favor llene estos recuadros con la información del titular del seguro.

Nombre de la Empresa para la que trabaja: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de la Empresa o Trabajo: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

### Información del Seguro (No hay necesidad de llenarla si sólo tiene Medicaid o ALL-Kids)

Nombre del Asegurado(a): \_\_\_\_\_ ¿el asegurado(a) es paciente nuestro?  Si  No  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de identificación: \_\_\_\_\_

#del Grupo: \_\_\_\_\_ #del Plan: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Relación del Asegurado con el paciente:  Mismo  Esposa(o)  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Plan de Seguros: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para Tratamiento/Servicios

Al mejor de mi conocimiento las preguntas que he respondido han sido contestadas correctamente. Yo entiendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño(a). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental si hay algún cambio en la condición médica y/o uso de medicamentos. Yo le autorizo al dentista que dé información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento u examinación medica que se le haya hecho a mi hijo durante el periodo de tratamiento dental sea distribuida a terceras personas responsables del pago como cualquier agencia de seguros y/o a otros médicos. Yo autorizo que la factura de cobro de mi dentista y/o de mi grupo dental sea directamente pagada por mi agencia de seguro, y que cualquier otro cargo que no sea cubierto por mi agencia de seguro se me facture a mí. Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que la cantidad por la que se facturaron mis servicios. Yo me comprometo a ser responsable por el pago de todos los servicios que se hayan hecho en mi y/o en mis dependientes.

Yo autorizo que el centro dental o sus afiliados me llamen a mi casa o mi trabajo para que discutan conmigo todo los temas relacionados con esta forma.

Yo he leído las condiciones de mi tratamiento(y/o el tratamiento de mis dependientes), las condiciones de pago y estoy de acuerdo con ellas y su contenido.

Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente, Padre o Guardián

### Permiso Para la Examinación/Tratamiento Dental de un Menor

Yo soy el padre o guardián de \_\_\_\_\_, quien es un menor de edad y yo doy consentimiento para que se le de tratamiento y o servicios dentales bajo la directa e indirecta supervisión de los dentistas de Sarrell Regional Dental Center, sus asociados, su staff, miembros y agentes tanto como sea necesario. Los procedimientos dentales pueden incluir tratamientos y/o servicios de emergencia, examinación radiográfica, la administración de anestesia local y/o sedativos, cirugía oral sus tratamientos y procedimientos, la impresión y/o fotografías. Así mismo, yo autorizo y le permito al dentista a escoger y emplear cualquier asistencia que el (ella) considere necesario. Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que sea cancelada en escrito por mi.

Por favor Ponga sus iniciales en cada línea a la que da permiso.

\_\_\_\_ Guarda de la boca "Mouth Prop" (auxilia al dentista para que el niño mantenga la boca abierta).

\_\_\_\_ Tabla Papoose (inmoviliza pacíficamente al niño para reducir el riesgo de lastimarse- su función es similar al cinturón de seguridad en un automóvil.)

\_\_\_\_ Oxígeno/óxido nítrico (Nitrous Oxide) Comúnmente llamado "el gas de la risa", es un sedante de bajo efecto que es inhalado y ayuda a reducir la ansiedad en el niño).

Fecha: \_\_\_\_\_ Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

# POLIZA HIPPA DE NUESTRA OFICINA: POR FAVOR LEA Y FIRME LA SIGUIENTE PAGINA

En Efecto apartir del 14 de Abril del 2003

Nosotros estamos requeridos por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. La "Información médica protegida" (PHI) es toda aquella información sobre usted, incluyendo información demográfica que lo puede identificar a usted ó que este relacionada con su historial médico, de salud, mental o condición física relacionada con su tratamiento médico pasado, presente o futuro. Nosotros estamos requeridos a regimnos por los términos de Nuestra Política de Privacidad que estén en acuerdo con su política de Información Protegida (PHI). Nosotros daremos a conocer cualquier cambio a nuestra póliza en nuestras oficinas y ha tener copias disponibles en nuestra oficina como a si mismo a publicar estos cambios en nuestra pagina de Internet.

## USOS Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA SIN SU CONSENTIMIENTO.

**Tratamiento.** Nosotros podemos usar ó divulgar su PHI para poder proveer y coordinar todos aquellos servicios que estén relacionados con su salud médica. Esta divulgación puede incluir la comunicación con otros doctores ó profesionales de salud que tengan que ver con su salud y su cuidado médico incluyendo las referencias médicas a otros doctores ó proveedores de salud. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida con otros proveedores de salud que estén involucrados en su tratamiento tales como los laboratorios que estén haciendo sus exámenes médicos ó con su farmacia cuando llamamos para proporcionarle su receta médica.

**Pago.** Podemos usar ó divulgar su PHI para obtener el pago ó reembolso por los servicios y/o tratamientos médicos que le hemos provisto. Tales divulgaciones de información pueden ser hechas al departamento de cobro y al departamento de facturación, así como también a los departamentos de recaudación o a los burós de crédito. Por ejemplo, antes de que usted reciba nuestro tratamiento ó servicios, nosotros podemos divulgar su PHI con su plan de seguros para determinar su cobertura médica.

**Operaciones Medicas/Dentales.** Nosotros podemos divulgar su PHI en conexión a ciertas actividades administrativas financieras, legales y cualquier otra actividad de mejoría que nos ayude a mantener y a coordinar las funciones de nuestra organización, nuestros tratamientos y nuestros pagos. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI en cuestionarios para mejorar la calidad de nuestros servicios, en entrenamientos de nuestro staff, regulaciones gubernamentales como licencias, ó cuando se hagan auditorías internas ó auditorías médicas.

**Uso Accidental ó Divulgación.** Un "Uso accidental ó divulgación" es cuando se usa ó se divulga su PHI y esto no puede ser de manera razonable prevenido. Este tipo de divulgación está limitado a la manera natural en que ocurre el transito de información en nuestra oficina debido a la divulgación de su información con su autorización. Nosotros hemos creado reglamentos y salvaguardas para que, de una manera razonable, su información sea protegida para no ser adquirida ó divulgada de manera indebida. También tenemos políticas y procedimientos que delimitan el uso de su información, para asegurar que, de forma razonable, su información sea usada solamente en un mínimo necesario y solamente divulgada para operaciones específicas.

**Usted puede Objetar a Algunos Tipos de Uso ó Divulgación de su información.** Para cada uno de los usos ó formas de divulgación de su PHI que se enlistan acontinuación, si usted se encuentra presente y disponible, nosotros (1) obtendremos su permiso de manera verbal, (2) le daremos la oportunidad de oponerse, ó (3) de manera razonable inferir sobre las circunstancias, basadas en nuestro juicio profesional, en las que usted está de acuerdo con nuestros procedimientos. Si usted no puede oponerse, nosotros usaremos nuestro juicio profesional para divulgar solamente su PHI a aquellas personas que estén directamente involucradas con su salud. Para los usos de divulgación de información como:

- A un familiar, amigo ó a cualquier otra persona que usted haya designado; solamente se les proporcionara aquella información PHI que esté directamente relacionada y que sea relevante sobre su salud, cuidado de su salud ó pago de sus tratamientos y/o servicios médicos.
- A un familiar, representate personal, o la persona responsable de su cuidado solamente se les proporcionara aquella información PHI que sea necesaria para informar a esos individuos sobre su localización, condición general ó muerte; ó
- A una agencia privada ó pública para uso en caso de desastres naturales. (Aunque usted esté en desacuerdo, aún así, tenemos permiso para divulgar su PHI tanto como sea necesario en caso de circunstancias de emergencia.

**Usos Requeridos ó Relevantes:** Estamos requeridos por la ley a divulgar su PHI a usted y como está será utilizada y su contabilidad tal y como se describe a continuación. También estamos requeridos a divulgar su PHI al la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando sea requerido para su investigación sobre nuestra conformidad con nuestras leyes de privacidad.

**Nuestro Contacto con Usted:** Podemos utilizar ó divulgar su PHI para proporcionar recordatorios de sus citas, (por ejemplo, el envío de postales o dejándole un mensaje de voz en su contestador automático, etc.) para proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otras ventajas y servicios relacionados con la salud que le pueden ser de interés para usted, como también para recaudar fondos.

**Compañías Asociadas:** Podemos utilizar y divulgar su PHI a nuestros asociados. Un "asociado" es una persona ó entidad que proporciona ciertas funciones, actividades ó servicios a nuestro nombre en conformidad con un acuerdo escrito, este acuerdo escrito contiene los términos con respecto a la protección de su PHI. Su PHI puede ser utilizado ó divulgado para lo siguiente:

- Para investigación médica.
- A los forenses, a los examinadores médicos ó a los directores fúnebres
- Para el órgano cadavérico, propósitos de la donación del ojo ó de tejido
- Para evitar una amenaza grave contra la salud pública ó para la seguridad de una persona ó del público.
- Para funciones gubernamentales especializadas; ó
- Para la remuneración del trabajador.

**TODO OTRO USO, DIVULGACION Y ACCESO A SU PHI REQUIERE DE SU AUTORIZACION ESCRITA.** Usted puede autorizarnos a utilizar ó a divulgar su PHI para otros propósitos. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, su revocación no será aplicable para cualquier uso ó acceso que ya había sido procesado antes que recibiéramos su revocación.

## LOS DERECHOS DEL PACIENTE

**Restricciones:** Usted tiene el derecho a pedir que restrinjamos el uso ó accesos a partes o a toda su PHI para tratamiento, pago, funciones de cuidado médico ó aquellos individuos que estén implicados en su cuidado. Sin embargo, nosotros no estamos requeridos a concordar con su requisición. Si convenimos su restricción, nosotros solamente utilizaremos y divulgaremos su PHI de acuerdo con su restricción, a menos de que esta restricción no sea permitida o requerida por ley. (Usted puede pedir una restricción al contactar a nuestro Oficial de Privacidad)

**Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho a pedir que las comunicaciones sobre su PHI sean entregadas por medios alternativos ó en localizaciones alternativas. Por ejemplo, usted puede pedir que lo contactemos en su lugar de trabajo sobre sus citas. Usted tiene que hacer tales peticiones por escrito. Nosotros acomodaremos peticiones razonables, pero podemos condicionar tales acomodaciones hasta no recibir una explicación satisfactoria de cómo se efectuaran los pagos por nuestros servicios, tener información sobre una dirección de domicilio alternativo ó algún otro método de contacto. (Por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad para pedir una Forma de Comunicaciones Confidenciales).

**Acceso:** Usted tiene el derecho a examinar y a obtener una copia de su PHI que esté contenida en nuestros archivos clínicos, en nuestra facturación y otros archivos usados para tomar decisiones sobre usted, excepto en ciertas situaciones limitadas. Su petición debe de ser por escrito y le cobraremos un costo razonable (como por ejemplo, copias y tiempo de trabajo del empleado). En lugar de copias podemos proveerle con un resumen de su PHI, si usted acepta esta forma y el costo de tal resumen. Podemos, en algunos casos, negar su petición y le notificaremos por escrito las razones de nuestra negación. Así mismo, también le proveeremos con información sobre derechos para obtener una revisión o audiencia a la razón por la que se le negó su petición. (Usted puede pedir ver y recibir una copia de su PHI contactando a nuestro Oficial de Privacidad)

**Enmiendas.** Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda a su PHI contenido en su expediente clínico, de facturación y algunos otros archivos que sean utilizados para tomar decisiones sobre usted, excepto en ciertas situaciones limitadas. Su petición debe ser por escrito y debe de proveer por lo menos una razón en la cual apoya la enmienda solicitada. Nosotros podemos, en algunos casos, negar su petición y le notificaremos por escrito las razones por las cuales se le negó su petición así mismo también le proveeremos con información sobre sus derechos a rendir por escrito su desacuerdo con la negación y proporcionar información sobre como archivar tal información. (Usted puede pedir una enmienda de su PHI contactando a nuestro Oficial de Privacidad).

**Contabilidad.** Usted tiene el derecho a recibir un listado de los accesos a su PHI que se hayan hecho para otros propósitos aparte de tratamiento, pago, operaciones de cuidado médico, su autorización, a los individuos que estuvieron involucrados en su cuidado ó según lo permitido por la ley. Usted puede pedir todos los usos, accesos ó divulgaciones de su información que se hayan hecho durante los últimos 6 años (pero no ninguna divulgación hecha antes del 14 de Abril, del 2003). Si usted pide esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, le cobraremos un costo razonable para conformar sus peticiones adicionales. (Usted puede pedir un listado de sus divulgaciones, contactando nuestro Oficial de Privacidad).

**Notificación electrónica:** Si usted ha recibido este aviso por medio de un e-mail ó por medio de nuestra Página de Internet, usted tiene el derecho de recibir esta notificación en forma escrita por medio de una petición. Usted puede pedir una copia escrita de este aviso contactando a nuestra oficina.

## Preguntas ó Quejas

Si usted tiene cualquier pregunta o siente que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros ó quiere quejarse por nuestras políticas de privacidad, usted puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad escribiendo a la siguiente dirección:

Sarrell Regional Dental Center 230 E. 10<sup>th</sup> St. Suite 106 Anniston, AL 36207

Sarrell Regional Dental Center  
230 East 10 Street  
Anniston, AL 36207  
(256) 741-7340

## **ACEPTACION DE RECIBO DE NOTIFICACION DE LA POLIZA DE PRIVACIDAD/POLIZA HIPPA**

He tenido acceso a, y he leído la Póliza de Privacidad/ Póliza HIPPA de Privacidad de esta oficina.

Yo entiendo y acepto lo que dice esta póliza.

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

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

\_\_\_\_ La persona responsable no quiso firmar.

\_\_\_\_ Por una situación de emergencia, no pudimos recibir la firma.

\_\_\_\_ Otra razón. Explique: \_\_\_\_\_

**AVISO: SARRELL REGIONAL DENTAL CENTER SE RESERVA EL  
DERECHO A NEGAR EL TRATAMIENTO DENTAL A CUALQUIERA.**