



Información Confidencial del Paciente

Nombre Legal: _____
Apellido Legal: _____
 Direccion: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer
Dentista: _____
 Direccion de su dentista: _____

Contacto de Emergencia:
 Nombre de un familiar que no viva con usted: _____
 Número de contacto de emergencia: _____
 Relación con el paciente: _____
 A quien podemos agradecerle por haberlo referido con nosotros?

La Asociación Americana de Ortodontistas recomienda que todos los niños obtengan una evaluación con un Ortodontista a la edad de 7 años. Nosotros le mandaremos un recordatorio para una evaluación gratuita cuando sus hermanos(as) se acerquen a los 7 años.

Nombre de hermano(a) _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer
 Nombre de hermano(a) _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer

Principal Responsable del Paciente (complete todas las secciones en azul si usted es el paciente)

Primer Nombre: _____
Apellido: _____
Teléfono Principal: _____ casa celular
 ¿Le gustaría recibir LLAMADAS de recordatorio a este #? si / no
 ¿Le gustaría recibir TEXTOS de recordatorio a este #? si / no
 ¿Esta bien dejar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero en este número? si / no
 Otro número: _____ casa celular trabajo
 ¿Le gustaría recibir LLAMADAS de recordatorio a este #? si / no
 ¿Le gustaría recibir TEXTOS de recordatorio a este #? si / no
 ¿Esta bien dejar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero en este número? si / no

Número de Seguro Social#: _____
 Relación con Paciente:
 Yo mama papa otro _____
Correo Electronico: _____
 ¿Le gustaría recibir recordatorios por medio de correo electrónico? si / no
 ¿Está bien mandar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero a este correo electrónico? si / no
 Direccion: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
 soltero(s) casado(a) divorciado(a)

Segundo Responsable del Paciente (alguna otra persona que tenga autorización de información del paciente)

Primer Nombre: _____
Apellido: _____
Teléfono Principal: _____ casa celular
 ¿Le gustaría recibir LLAMADAS de recordatorio a este #? si / no
 ¿Le gustaría recibir TEXTOS de recordatorio a este #? si / no
 ¿Esta bien dejar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero en este número? si / no
 Otro número: _____ casa celular trabajo
 ¿Le gustaría recibir LLAMADAS de recordatorio a este #? si / no
 ¿Le gustaría recibir TEXTOS de recordatorio a este #? si / no
 ¿Esta bien dejar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero en este número? si / no

Número de Seguro Social#: _____
 Relación con Paciente:
 Yo mama papa otro _____
Correo Electronico: _____
 ¿Le gustaría recibir recordatorios por medio de correo electrónico? si / no
 ¿Está bien mandar mensajes sobre el tratamiento y el contrato financiero a este correo electrónico? si / no
 Direccion: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
 soltero(s) casado(a) divorciado(a)

Historial Medica del Paciente

Nombre de su Medico: _____

SI NO

- Embarazada
 Alergia a Latex (globos, ligas elasticas etc.)
 Otras alergias _____
 Medicamentos _____
 Condición del corazón _____
 Dolor de cabeza frecuente
 Hepatitis
 VIH/Sida

Telefono de su Médico: _____

SI NO

- Ha tenido lesiones, traumas, en la cara, quijada, boca o dientes
 Algún problema de habla / terapias
 Rechina o apreita sus dientes
 Dolor, sensibilidad o ruido en la mandibula
 Molesias en sus dientes o encías
 Hay algún otro problema dental/médico del cual quiera comunicarle al Dr. Wilson

Información de su Seguro Dental

Tiene seguro que le cubra tratamiento de Ortodoncia?

Si (complete la sección de abajo) No estoy seguro(a) (complete la sección de abajo) No

Nombre de su compañía de seguro: _____ Telefono de su seguro: _____

Dirección de su compañía de seguro: _____

Nombre de la persona que tiene la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del empleador: _____

Número de Seguro Social# de la persona que tiene la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nuestra oficina mandara una petición al seguro por parte de usted. La persona que firma el contrato financiero con Don L. Wilson, DDS, MSD, Inc. es responsable por todo lo relacionado con el contrato en su totalidad. Algún reclamo que sea rechazado por el seguro no es responsabilidad de Don L. Wilson, DDS, MSD, Inc. solo de usted.

Firma: _____ Fecha: _____

_____ **(Iniciales)** La información prevista es correcta segun mis conocimientos. Entiendo que esta misma será guardada estrictamente confidencial y es mis responsabilidad avisar en caso de que cambie algo durante el curso del tratamiento. Autorizo al personal de este consultorio a realizar los servicios ortodonticos necesarios que el paciente requiera. Entiendo que estoy obligado(a) a pagar por todos los servicios recibidos.

_____ **(Iniciales)** Doy permiso de que mis archivos dentales/médicos sean otorgados a otras oficinas involucradas en mi tratamiento dental/medico.

_____ **(Iniciales)** Certifico que he recibido su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción completa de los usos de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar este aviso y que puedo obtener una copia de esta información del Aviso sobre Prácticas de Privacidad.

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

Su derecho a Privacidad

Información para los Pacientes

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE MANEJA SU INFORMACIÓN MÉDICA, COMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO PUEDE UD. TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. PORFAVOR REVISE ESTA INFORMACION CUIDADOSAMENTE.

Se le pedirá su firma de enterado estableciéndose que Ud. ha recibido el aviso de privacidad.

Las leyes federales y estatales nos exigen que mantengamos la información de su salud estrictamente confidenciales. También estamos obligados a darles este aviso sobre las prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos relacionados a su salud. Nosotros debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras estén vigentes. Este aviso entra en vigor a partir del 01/01/11 y permanecerá vigente hasta su reemplazo.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento siempre y cuando estos cambios estén permitidos por las leyes aplicables. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para toda la información de salud que nosotros mantenemos, incluyendo información de salud que nosotros creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Antes de que nosotros hagamos algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, nosotros cambiaremos este Aviso y haremos el nuevo Aviso disponible a petición suya.

Fecha Efectiva de este aviso: 14 de abril de 2003 Revisado: 10 de septiembre de 2016

Usos y revelaciones permitidas

Nosotros utilizamos y revelamos información de su salud para tratamientos, pagos y operaciones de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar y/o revelar su información de salud a un médico u otro profesional médico que lo esté tratando a Ud. Ejemplo: Durante el transcurso de su tratamiento, el dr. determina la necesidad de consultar con otro especialista en el área. El dr. compartirá la información con ese especialista para obtener retroalimentación.

Pagos: Podemos utilizar y/o revelar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le hemos proporcionado a través de mensajes de correo electrónico, mensajes de correo de voz, declaraciones o cartas. Ejemplo 1: La compañía de seguros requiere información de nosotros referente a los servicios médicos proporcionados. Nosotros otorgaremos la información sobre usted y los tratamientos proporcionados. Ejemplo 2: La práctica puede establecer contacto con usted en relación de un saldo pendiente de los servicios que hemos proporcionado, el seguimiento sobre las citas y / o revisar los planes de tratamiento.

Operaciones del Cuidado de la Salud: Nosotros podemos usar y proporcionar la información de su salud en conexión con nuestras operaciones del cuidado de la salud. Estas operaciones incluyen actividades de aseguramiento de calidad y mejoras, revisión de la capacidad profesional de los profesionistas, evaluación del desempeño de los médicos, conducción de programas de entrenamiento, acreditaciones, certificaciones, actividades para obtener sus licencias y cartas credenciales. Ejemplo: Nosotros compartiremos información acerca de su salud con tales aseguradores, u otros asociados de negocio según sea necesario para obtener estos servicios.

Su Autorización: Además de nuestra utilización de la información acerca de su salud para el tratamiento, pagos y/o operaciones del cuidado de la salud, Ud. puede otorgarnos una autorización por escrito para usar o revelar información concerniente a su salud a terceras personas por algún motivo en especial. Incluso dándonos esta autorización, Ud. puede revocarla en cualquier momento haciéndolo por escrito. Esta revocación no alterará el uso o exposición de la información dada mientras la autorización estuvo en vigor. A no ser que Ud. nos otorgue esta autorización por escrito, no podemos usar o exponer la información de su salud por ningún motivo con excepción de las ya citadas en este Aviso.

Otros Usos y Revelaciones

Para Familiares y Amigos: Debemos informarle a Ud. acerca de su salud, tal y como se explica en la sección de Derechos del Paciente del presente Aviso. Podemos revelar o exponer la información a algún miembro de su familia, amigo o cualquier otra persona que esté directamente relacionada con Ud. y sea el o la encargada del cuidado de su salud, pero solo lo podremos hacer si Ud. así nos lo permite.

Personas involucradas en su Cuidado: Podremos usar o exponer la información de su salud para notificar o para facilitar la notificación de algún miembro de su familia (incluyendo la identificación para su localización), de su representante personal o cualquier otra persona involucrada en su salud, para que pueda Ud ser localizada, por sus condiciones de salud en general o en caso de muerte. En caso de que Ud. esté presente, le daremos la oportunidad de negarse a usar o exponer de esta manera la información de su salud. En caso de incapacidad o alguna situación de emergencia, expondremos la información de su salud en base a nuestro juicio y al grado en que esta información puede resultar relevante en resolver esta situación extraordinaria. También usaremos nuestro juicio clínico y experiencia en beneficio suyo para hacer inferencias razonables permitiendo que otra persona recoja recetas de medicamentos, material medico, radiografías o algunas otras formas similares de información médica.

Publicidad de los servicios de Salud: No usaremos o expondremos información de su salud para promocionar nuestros servicios sin su autorización por escrito.

Requerimientos de Ley: Podremos usar o revelar información de su salud si nos lo exige la ley.

Abuso o Negligencias: Podremos usar o exponer la información de su salud ante autoridades apropiadas en el caso de que supongamos que Ud. puede ser víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o incluso víctima de algún otro delito. Podremos usar o exponer la información de su salud según sea necesario si consideramos que Ud. puede estar en riesgo serio que amenace su seguridad y/o su salud o la de otras personas..

Seguridad Nacional: Podremos usar o exponer a autoridades militares la información de su salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podremos exponer a oficiales federales autorizados, la información de su salud cuando nos lo requieran para investigaciones policíacas o de contraespionaje o cualquier otra actividad que involucre la Seguridad Nacional. Podremos revelar esta información a instituciones correccionales o a oficiales que imponen la ley y que tienen la custodia legal de detenidos o presos o pacientes bajo estas circunstancias.

Recordatorios de sus Citas: Podremos usar o exponer la información de su salud para proporcionarle recordatorios de sus citas (pueden ser como mensajes de voz, de texto, mensajes por correo electrónico, cartas o postales).

Sus Derechos

Acceso: Ud. tiene derecho de ver o de obtener copias de sus registros médicos, con ciertas limitaciones. Ud. puede solicitar copias de los formatos en forma que no sean fotocopias.letter to the address at the end of this Notice. If you request copies, we will charge you \$1.00 for each page, \$25.00 per hour for staff time to locate and copy your health information, and postage if you want the copies mailed to you. If you request an alternative format, we will charge a cost-based fee for providing your health information in that format. If you prefer, we will prepare a summary or an

Se los proporcionaremos como Ud. lo solicite a menos de que no esté en nuestra capacidad hacerlo. (Ud. deberá solicitarlo por escrito para tener acceso a estos registros de su salud. Ud. puede obtener una forma para acceder a estos estudios usando la información de contacto enlistada al final de este Aviso. Nosotros le cobraremos los costos razonables en función del trabajo necesario para obtenerlos por parte del personal que trabaja en nuestras oficinas que será de 1.00 USD por página, 25.00 por hora de trabajo del personal responsable de buscar y copiar la información así como los costos de envío del material. Si Ud. requiere un formato diferente, le cobraremos los costos que generar esta copia requiera. Si así lo prefiere, le prepararemos un resumen o una explicación de la información por un costo extra. Póngase en contacto con nosotros usando la información enlistada al final de este Aviso para una explicación completa de nuestra estructura de pagos).

Transparencia contable: Ud. tiene derecho a recibir información de estos expedientes médicos de años pasados de los últimos 6 años pero no antes del 14 de Abril del 2003. Si Ud. solicita esta información más de una vez cada 12 meses, le cobraremos en base a los costos que esto genere.

Restricciones: Ud. tiene el derecho de imponer otras restricciones en cuanto a la exposición de sus estudios médicos. No estamos obligados a aceptar sus restricciones, pero si lo hacemos, nos apegaremos a nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencias).

Comunicación Alternativa: Ud. tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con Ud. por otros medios o a direcciones alternas. {Deberá hacer esta solicitud por escrito.} Su petición deberá hacerse de forma específica a través de que medio o a que ubicación, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos según su petición exacta.

Modificaciones o Correcciones: Ud. tiene el derecho de solicitar que nosotros modifiquemos o hagamos correcciones a su expediente médico. (Su petición deberá hacerla por escrito, dando una explicación del motivo por el cual Ud. esta pidiendo que la información sea modificada o corregida.) Podemos rechazar su petición bajo ciertas circunstancias.

Adviso electrónico: Si Ud. recibe este aviso vía internet o consultando nuestra página Web, Ud. también lo recibirá por escrito.

Quejas

Las quejas acerca de este Aviso acerca de las Consultas Privadas o de la manera en que el Dr. Don Wilson usa la información acerca de su salud (expediente médico) deberán ser dirigidas a nuestro Oficial de Privacidad:

Charis Santillie
Gerente de oficina, Dr. Don Wilson
7250 Redwood Blvd.
Suite 107
Novato, CA 94945
Teléfono: (415) 878-0240, Fax: (415) 878-0242
Correo electrónico: charis@wilsonortho.com

Si Ud. no está satisfecho con la manera que esta oficina maneja su queja, Ud tiene el derecho de formular una queja formal con:

Oficina de Derechos Civiles
U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

No podemos, y no lo haremos, requerirle que ejerza su derecho a poner una queja formal como condición para recibir tratamiento en este consultorio.

No podemos ni haremos nada en su contra por presentar una queja contra nosotros.