

INFORMACIÓN DEL PACIENTEFecha _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ M FNombre del paciente _____
Apellido Nombre Segundo nombre ApodoDirección _____ Teléfono _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Seguridad Social # _____ Escuela _____ Clase _____

Si el paciente es menor de edad, indique el nombre de los padres o tutores _____

Enumere los nombres y edades de los hermanos y hermanas _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina o quién lo refirió? _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLENombre _____ Estado Civil _____
Apellido Nombre Segundo nombreDirección postal _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico _____ Número de celular _____

Seguridad Social # _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____

Profesión _____ Número de trabajo _____

Nombre del cónyuge _____ Relación con el paciente _____
Apellido Nombre Segundo nombreDirección postal _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Seguridad Social # _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE ORTODONCIA

Nombre del Asegurado Principal _____ Seguridad Social # _____

Dirección postal _____ Fecha de nacimiento _____

Aseguradora _____ N.º de grupo _____ N.º de local. _____

Dirección de la aseguradora _____ Teléfono _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador del Asegurado _____ Dirección _____

¿Tiene usted cobertura doble? Sí No En caso afirmativo: _____

Nombre del Asegurado Secundario _____ Seguridad Social # _____

Dirección postal _____ Fecha de nacimiento _____

Aseguradora _____ N.º de grupo. _____ N.º de local. _____

Dirección de la aseguradora _____ Teléfono _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador del Asegurado _____ Dirección _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del pariente más cercano que no vive con usted _____ Relación _____

Domicilio _____ Teléfono _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Firma (Firma de los padres si es menor de edad) _____

Actualizaciones (Fecha e inicial) _____ / _____ / _____ / _____

Historia Confidencial Médica y Dental del Paciente en Hoybjerg Family Orthodontics

Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Médico _____ Teléfono _____ Última Visita _____

¿Alguna vez el paciente ha estado bajo el cuidado prolongado de un médico o ha tenido alguna cirugía? Sí No

En caso afirmativo, precise: _____

REVISE SI EL PACIENTE HA SIDO TRATADO EN CUALQUIERA DE LOS SUPUESTOS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas (soplos, etc.) | <input type="checkbox"/> VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Jaquecas Frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infecciones Renales |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado | <input type="checkbox"/> Anomalías Congénitas | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Dificultad del Habla |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Nerviosos | <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

¿Toma el paciente algún medicamento actualmente? Sí No Si es así ¿Cuáles? _____

¿Es el paciente alérgico a algún alimento o medicamento? Sí No Si es así ¿Cuáles? _____

Apellido del Dentista _____ Tel. _____ Última visita _____

HISTORIA DENTAL Y DE ORTODONCIA

¿Se tomaron rayos X en la última visita al dentista del paciente? Sí No _____

¿El paciente ha tenido problemas con exámenes dentales o el tratamiento en el pasado? Sí No _____

¿El paciente tuvo alguna caries en el pasado? Sí No _____

¿El paciente se cepilla los dientes a diario? Sí No _____

¿Actualmente el paciente toma tabletas con suplementos de flúor, geles, enjuagues, etc.? Sí No _____

¿El paciente usa el hilo dental a diario? Sí No _____

¿Alguna vez el paciente ha recibido anestesia local? Sí No _____

¿Alguna vez el paciente ha tenido selladores? Sí No _____

Si corresponde: ¿Se le ha diagnosticado caries a los padres en los últimos dos años? Sí No _____

¿El paciente ha experimentado algún trauma en los dientes? (caída, golpe, quebradura, etc.) Sí No _____

Si es así, explique: _____

Por favor, describa la dieta del paciente (alimentos cotidianos / favoritos) _____

¿Alguna vez el paciente ha chupado los dedos? Sí No _____

¿El paciente tiene problemas de habla? Sí No _____

¿Alguna vez el paciente ha sido informado de dientes extra o faltantes? Sí No _____

¿Alguna vez el paciente ha tenido un previo examen de ortodoncia? Sí No _____

¿Algún miembro de su familia alguna vez necesitó ortodoncia en el pasado? Sí No _____

¿El paciente tiene dolores en la mandíbula? Sí No _____

¿El paciente tiene algún chasquido en la articulación de la mandíbula? Sí No _____

¿Algún problema de ortodoncia? _____

Cuéntenos sobre los intereses del paciente (deportes favoritos, pasatiempos, programas de TV, viajes, películas, etc.) _____

¡Gracias por completar este formulario!

Dejo constancia que la información antes mencionada es correcta.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma de Dentista _____ Fecha _____

HOYBJERG FAMILY ORTHODONTICS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE ROGAMOS LEER CUIDADOSAMENTE.

La ley nos exige mantener la privacidad de la información relativa a la salud protegida, brindar a los individuos un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y notificar a las personas afectadas después de una violación de la información de salud protegida no segura. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras el mismo esté vigente. Este Aviso entra en vigencia el 21/08/2014 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable, y para que las disposiciones nuevas del Aviso sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y publicaremos el nuevo Aviso de manera clara y destacada en nuestra ubicación de práctica médica, y le proporcionaremos copias del nuevo Aviso cuando lo solicite.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad u obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Podemos usar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, incluido el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías, hemos proporcionado una descripción y un ejemplo. Parte de la información así como la información relacionada con el VIH, la información genética, los registros de abuso de alcohol y / o sustancias y los registros de salud mental pueden tener protecciones de confidencialidad especiales según la ley estatal o federal aplicable. Cumpliremos con estas protecciones especiales en lo que respecta a los casos aplicables relacionados con este tipo de registros.

Tratamiento. Podemos usar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a un especialista que le brinde tratamiento.

Pago. Podemos usar y divulgar su información médica para obtener un reembolso por el tratamiento y los servicios que recibe de nosotros u otra entidad involucrada con su atención. Las actividades de pago incluyen facturación, cobros, gestión de reclamos y determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago de usted, una compañía de seguros u otro tercero. Por ejemplo, podemos enviarle reclamos a su plan de salud dental que contengan cierta información de salud.

Operaciones de Atención médica. Podemos usar y divulgar su información de salud relacionada nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, la realización de programas de capacitación y actividades de concesión de licencias.

Personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado. Podemos divulgar su información de salud a su familia o amigos o cualquier otra persona avalada por usted cuando están involucrados en su atención o en el pago de su atención. Además, podemos divulgar información sobre usted a un representante de su persona. Si una persona tiene la autoridad por ley de tomar decisiones de atención médica por usted, trataremos a ese representante de su persona de la misma manera que lo trataríamos a usted en lo que concierne su información de salud.

Asistencia en caso de catástrofe. Podemos utilizar o divulgar su información de salud para ayudar en los esfuerzos de asistencia en caso de desastres.

Requerido por la ley. Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley lo requiera.

Actividades de Salud pública. Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública, incluidas informaciones para:

- o Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- o Reportar abuso infantil o negligencia;
- o Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos;
- o Notificar a una persona de un retiro, reparación o reemplazo de productos o dispositivos;
- o Notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o
- o Notificar a la autoridad correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Seguridad Nacional. Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud al personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a oficiales federales autorizados la información de salud requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley que tenga la custodia legal la información de salud protegida de un recluso o paciente.

Secretario de HHS. Divulgaremos su información de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento con HIPAA.

Compensación a los trabajadores. Podemos divulgar su PHI en la medida autorizada y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por ley.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar su PHI para fines policiales según lo permitido por HIPAA y acorde a lo que exija la ley, o en respuesta a una citación u orden judicial.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y credenciales, según sea necesario para obtener la licencia y para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Procedimientos judiciales y administrativos. Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal instituido por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si la parte solicitante o nosotros hemos hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden de protección de la información solicitada.

Investigación. Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional o una junta de privacidad que ha revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar su PHI a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias en conformidad con la ley aplicable para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre nuestras actividades patrocinadas, incluidos los programas de recaudación de fondos, según lo permita la ley aplicable. Si no desea recibir dicha información de nosotros, puede optar por no recibir las comunicaciones.

Otros usos y divulgaciones del PHI

Se requiere su autorización, con algunas excepciones, para la divulgación de notas de psicoterapia, uso o divulgación de PHI para comercialización, y para la venta de PHI. También obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para fines distintos a los previstos en este Aviso (o según lo permita o exija la ley). Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Una vez recibida la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI, excepto en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en la autorización.

Sus derechos de información de salud

Acceso. Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Debe hacer la solicitud por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar un permiso utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. También puede solicitar un permiso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita información que conservamos en papel, podemos proporcionar fotocopias. Si solicita información que mantenemos electrónicamente, tiene derecho a una copia electrónica. Usaremos la forma y el formato que solicite si les legible fácilmente. Le cobraremos una tarifa por el costo de los suministros y de la copia, así como por los gastos de envío si desea que se le envíen copias por correo. Póngase en contacto con nosotros usando la información que se encuentra al final de este Aviso para obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas.

Si se le niega una solicitud de permiso, tiene derecho a que se revise la denegación de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.

Número de divulgaciones. Con la excepción de ciertas divulgaciones, usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables. Para solicitar un informe de las divulgaciones de su información de salud, debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable por la respuesta a las solicitudes adicionales.

Derecho de solicitar una restricción. Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su PHI mediante el envío de una solicitud por escrito al Responsable de Privacidad. Su solicitud por escrito debe incluir (1) qué información quiere limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto en el caso en que la divulgación sea a un plan de salud para realizar pagos u operaciones de atención médica, y la información pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica para el cual usted o un representante en su nombre (diferente del plan de salud) que ha pagado nuestra práctica en su totalidad.

Comunicación alternativa. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar el medio alternativo o la ubicación, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o la ubicación que usted solicite. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando las formas o ubicaciones que ha solicitado, podemos comunicarnos con usted utilizando la información que tenemos.

Enmienda. Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser modificada. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Si aceptamos su solicitud, corregiremos su (s) registro (s) y se lo notificaremos. Si rechazamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué la negamos y le explicaremos sus derechos.

Derecho a la notificación de un incumplimiento. Recibirá notificaciones de incumplimientos de su información de salud protegida sin garantía según lo exige la ley.

Aviso electrónico. Puede recibir una copia en versión papel de este Aviso cuando lo solicite, incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente en nuestro sitio web o por correo electrónico.

Preguntas y quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, no dude en contactarnos.

Si cree que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o divulgación de su información médica o hicimos para comunicarnos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede quejarse con nosotros mediante la información de contacto que se incluye al final de este Aviso. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando lo solicite.

Respaldamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Nuestro Responsable de la Privacidad: Jessica Cant

Teléfono: 916-381-7171
Dirección: 9550 Micron Ave., Ste. A, Sacramento, CA 95872
Email: info@hfamilybraces.com

HOYBJERG FAMILY ORTHODONTICS
ACUSE DE RECIBO DEL
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

****Usted Puede Rechazar Firmar este Acuse****

I, _____ he recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad del
C (Su Nombre)

(Escriba el Nombre del Paciente)

(Su Firma)

(Fecha)

UNICAMENTE PARA USO DEL CONSULTORIO
--

Hemos tratado de obtener el acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad sin embargo dicho acuse no ha podido ser obtenido por causa de:

- La persona ha rechazado firmarlo
- Las barreras de comunicación no han permitido obtener el acuse
- Una situación de emergencia evitó que el acuse fuera obtenido
- Otra (por favor especifique)

Su nombre: _____

Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre de Paciente(s): _____

¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted?

Nuestra oficina de ortodoncia envía recordatorios de citas, información sobre tratamientos, pagos y seguros, y otras comunicaciones que incluyen, entre otros, boletines, eventos, etc. Díganos cómo desea que nos comuniquemos con usted.

Marque o complete todo lo que corresponda (en letra chica de manera clara):

- Contácteme a la siguiente dirección en Estados Unidos: _____
- Contácteme por email a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

Para comunicaciones vía teléfono o mensajes de texto:

Este formulario es opcional. No es necesario que firme aquí y no necesita firmarlo para recibir atención en nuestro consultorio de ortodoncia.

Número de Teléfono: _____

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para lo siguiente: La clínica de ortodoncia o su proveedor de servicios pueden ponerse en contacto conmigo para proporcionar información sobre atención médica, como recordatorios de citas e información sobre tratamientos, pagos, mi cuenta o seguro, utilizando equipos telefónicos o de voz pregrabados o artificiales que puedan marcar automáticamente. El servicio de ortodoncia puede:

- Llámame
- Mandarme un mensaje de texto
- Llámame y mandarme un mensaje de texto

Firma: _____ Fecha: _____

¡Llame a Hoybjerg Family Orthodontics de inmediato si cambia su número de teléfono!

Para Uso de la Oficina:

- Consentimiento revocado. Fecha/Iniciales: ____/____/____
- Posible número reasignado. Fecha/Iniciales: ____/____/____
- Confirmado exacto.
Fecha/Iniciales: ____/____/____ Fecha/Iniciales: ____/____/____
Fecha/Iniciales: ____/____/____ Fecha/Iniciales: ____/____/____
Fecha/Iniciales: ____/____/____ Fecha/Iniciales: ____/____/____