

Formulario de Historia Médica Dental Para Pacientes Menores de 18 Años

¡BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA! ¿COMO SE ENTERO DE NOSOTROS? _____

PACIENTE

Fecha _____ Sexo Masculino Femenino
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Prefiere ser llamado _____ Edad _____
 Pasatiempos/Actividades _____
 Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ - _____ - _____
 Escuela _____ Grado _____
 Correo Electrónico _____
 Dirección Residencial _____
 Ciudad, Estado, Código Postal _____
 Teléfono (____) _____ - _____ Teléfono Móvil (____) _____ - _____
 Familiares tratados previamente con nosotros _____

PADRE/TUTOR

Nombre(s) Guardián(es) Legal(es) _____
 El paciente vive con (marque todos lo que apliquen) Madre Padre
 Madrastra Padrastro Abuelo(s) Otro
 Nombre del Padre _____ Título Sr. Dr. Otro
 Ocupación _____ Correo Electrónico _____
 Dirección Residencial (si es diferente) _____
 Teléfono Móvil (____) _____ - _____ Teléfono del Trabajo (____) _____ - _____
 Nombre de la Madre _____ Título Sra. Srta. Dr. Otro
 Ocupación _____ Correo Electrónico _____
 Dirección Residencial (si es diferente) _____
 Teléfono Móvil (____) _____ - _____ Teléfono del Trabajo (____) _____ - _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre completo del asegurado _____
 Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ - _____ - _____
 Nombre de la aseguradora _____
 Teléfono (____) _____ - _____ Nombre del Grupo _____
 Número de Grupo _____
 Genero Masculino Femenino Relación con el Paciente _____
 Empleo Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado Estudiante
 Estado Civil _____ Beneficios de Ortodoncia Sí No

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es responsable financieramente de esta cuenta? _____
 Dirección (si es diferente a la del paciente) _____
 Correo Electrónico _____
 Teléfono Móvil (____) _____ - _____ Teléfono del Trabajo (____) _____ - _____
 # Seguro Social _____ - _____ - _____ Empleador _____
 ¿Quién será el responsable de llevar el paciente a las citas de ortodoncia?

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre completo del asegurado _____
 Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ - _____ - _____
 Nombre de la aseguradora _____
 Teléfono (____) _____ - _____ Nombre del Grupo _____
 Número de Grupo _____
 Genero Masculino Femenino Relación con el Paciente _____
 Empleo Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado Estudiante
 Estado Civil _____ Beneficios de Ortodoncia Sí No

DENTISTA

Dentista del Paciente _____
 Última Visita _____ Motivo _____ Próxima Cita _____
 ¿Ha sido completado todo el trabajo dental del paciente? Sí No _____
 Dirección _____
 Ciudad, Estado, Código Postal _____
 Visitas actuales a otros dentistas/especialistas dentales _____
 Motivo _____

SEGURO MÉDICO

Nombre completo del asegurado _____
 Nombre de la aseguradora _____
 Teléfono (____) _____ - _____ Nombre del Grupo _____
 Genero Masculino Femenino Relación con el Paciente _____

MÉDICO

Médico del Paciente _____
 Última Visita _____ Motivo _____ Próxima Cita _____
 Visitas actuales a otros médicos/profesionales de la salud _____
 Motivo _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa acerca de los dientes de su hijo(a)? _____
 ¿Qué le preocupa a su hijo(a) sobre sus dientes?

 ¿Cómo se siente su hijo(a) sobre el tratamiento de ortodoncia? _____
 ¿Su hijo(a) toca algún instrumento musical? _____
 Describa cualquier tratamiento previo de ortodoncia o consultas. _____

Sus respuestas son para los registros de la oficina solamente, y son confidenciales. Una historia médica completa es esencial para completar una evaluación de ortodoncia. Para las siguientes preguntas, por favor marque sí o no.

HISTORIA MÉDICA

Ahora o en el pasado, ¿su hijo(a) ha tenido:

- sí no Defectos de nacimiento o problemas hereditarios?
 sí no Fracturas de huesos o lesiones mayores?
 sí no Lesiones en la cara, cabeza, cuello?
 sí no Artritis o problemas en las articulaciones?
 sí no Cáncer, tumor, radioterapia o quimioterapia?
 sí no Problemas endocrinos o de la tiroides?
 sí no Diabetes o baja de azúcar?
 sí no Problemas de riñón?
 sí no Problemas del sistema inmunológico?
 sí no Historia de osteoporosis?
 sí no Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual?
 sí no SIDA o VIH positivo?
 sí no Hepatitis, ictericia o problemas del hígado?
 sí no Polio, mononucleosis, tuberculosis, neumonía?
 sí no Convulsiones, desmayos, problemas neurológicos?
 sí no Trastorno de salud mental o depresión?
 sí no Historia de trastorno de alimentación (anorexia, bulimia)?
 sí no Dolores de cabeza o migrañas frecuentes?
 sí no Presión arterial alta o baja?
 sí no Sangrado excesivo o tendencia de moretones, anemia?
 sí no Dolor en el pecho, dificultad para respirar, cansarse fácilmente, tobillos hinchados?
 sí no Defectos del corazón, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática?
 sí no Angina, arteriosclerosis, apoplejía o ataque al corazón?
 sí no Trastorno de la piel (otro que no sea el acné común)?
 sí no Se alimenta con una dieta balanceada?
 sí no Problemas de visión, audición o del habla?
 sí no Infecciones frecuentes del oído, resfriados, infecciones de garganta?
 sí no Asma, problemas de sinusitis, fiebre del heno?
 sí no Condición de las Amígdalas o adenoides?
 sí no Respira usted frecuentemente por la boca?
 sí no Alguna vez ha tomado bifosfonatos intravenosos como Zometa (ácido zolendromico), Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para los trastornos óseos o el cáncer?
 sí no Ha tomado bifosfonatos orales como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para los trastornos de los huesos?
 sí no Otro, por favor describa _____

¿Su hijo(a) Ha tenido alergias o reacciones a cualquiera de lo siguiente?:

- sí no Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína)
 sí no Látex (guantes, globos)
 sí no Aspirina
 sí no Ibuprofeno (Motrin, Advil)
 sí no Penicilina
 sí no Otros antibióticos
 sí no Sulfamidas
 sí no Codeína u otros narcóticos
 sí no Metales (joyas, broches de ropa)
 sí no Acrílicos
 sí no Polen de las plantas
 sí no Animales
 sí no Alimentos (especifique) _____
 sí no Otras sustancias (especifique) _____

HISTORIA DENTAL

Ahora o en el pasado, ¿ha tenido:

- sí no Erupción de dientes muy temprano o tarde?
 sí no Dientes (de leche) retirados que no estaban sueltos?
 sí no Dientes permanentes o supernumerarios removidos?
 sí no Supernumerario o ausencia congénita de dientes?
 sí no Dientes permanentes fragmentados o heridos?
 sí no Dientes sensibles o adoloridos?
 sí no Alguna pérdida o ruptura de amalgama?
 sí no Fracturas de mandíbula, quistes, infecciones?
 sí no Algunos dientes tratados con endodoncia o pulpotomías?
 sí no Llagas bucales frecuentes o herpes labial?
 sí no Historia de problemas del habla o terapia del habla?
 sí no Dificultad para respirar por la nariz?
 sí no Hábito de respirar por la boca o ronquidos en la noche?
 sí no Hábitos orales frecuentes (chupar dedo, mascar pluma, etc.)?
 sí no Dientes causando irritación en los labios, mejillas o encías?
 sí no Dientes que rechinan o aprietan?
 sí no Chasquido, bloqueo en articulaciones de la mandíbula?
 sí no Dolor en los músculos de la mandíbula o de la cara?
 sí no Ha sido tratado por trastornos temporomandibulares?
 sí no Cualquier problema serio asociado con algún tratamiento dental previo?
 sí no Ha sido diagnosticado con la enfermedad periodontal o piorrea o tuvo tratamiento periodontal (de las encías)?

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿Crees que alguna de las actividades de su hijo(a) afecta la cara, los dientes o la mandíbula? ¿Cómo? _____

Escriba una lista de medicamentos, suplementos alimenticios, medicamentos a base de hierbas o medicamentos sin receta que su hijo(a) toma, incluyendo suplementos de fluoruro _____

¿El paciente actualmente, tiene (o ha tenido) problema de abuso de sustancias? sí no ¿Su hijo(a) mastica o fuma tabaco? sí no

¿Ha notado algún cambio inusual en la cara o la mandíbula de su hijo(a)? sí no ¿Algún otro problema físico? sí no _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Han tenido los padres o hermanos cualquiera de los siguientes problemas de salud? Si es así, por favor explique.

Trastornos hemorrágicos Diabetes Artritis Alergias Severas Problemas dentales inusuales Desequilibrio del tamaño de la mandíbula

Otras condiciones médicas de la familia _____

¿Con qué frecuencia se cepilla su hijo(a)? _____ ¿Hilo Dental? _____

DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento de ortodoncia de mi hijo(a) a mi compañía aseguradora dental y/o de seguro médico.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

He leído las preguntas anteriores y las entiendo. No responsabilizare a mi ortodoncista u otro miembro de su personal por los errores u omisiones que he cometido al llenar este formulario. Informare a mi ortodoncista sobre cualquier cambio en la salud médica o dental de mi hijo(a).

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

He revisado la información médica/dental anterior con el padre/tutor y el nombre del paciente en este documento. Iniciales del Médico _____ Fecha _____

Comentarios del Médico _____

ACTUALIZACIONES DEL HISTORIAL MEDICO

¿Cambios? _____	¿Cambios? _____
Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____	Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____
Firma del Personal Dental _____ Fecha _____	Firma del Personal Dental _____ Fecha _____

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

Resultados del tratamiento

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia se desarrolla tal como se planificó, y tratamos de hacer todo lo posible para alcanzar los mejores resultados en cada paciente. No obstante, no es posible garantizarle que usted estará completamente satisfecho con los resultados, ni podemos prever todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación al cumplir con las citas, mantener una buena higiene bucal, evitar perder o romper los aparatos, y seguir las instrucciones del ortodontista cuidadosamente.

Duración del tratamiento

La duración del tratamiento depende de varios factores, incluyendo la gravedad del problema, el crecimiento del paciente y el nivel de cooperación de éste. Generalmente, el tiempo real de tratamiento coincide con el tiempo estimado de duración del mismo, aunque éste puede extenderse si, por ejemplo, ocurre un crecimiento imprevisto o si existen hábitos que afectan las estructuras dentofaciales, si hay problemas periodontales o de otro tipo o si el paciente no coopera lo suficiente. Por lo tanto, tal vez sea necesario realizar cambios en el plan de tratamiento original. Si el tiempo de tratamiento se extiende más allá del estimado original, podrán considerarse honorarios adicionales.

Molestias

La boca es muy sensible y, por lo tanto, es posible que haya un período de adaptación durante el cual habrán molestias causadas por los aparatos de ortodoncia. Durante este período de ajuste, podrán utilizarse analgésicos que no requieran de receta médica.

Recaída

Un tratamiento de ortodoncia terminado no le garantiza dientes perfectamente derechos para el resto de su vida. Serán necesarios retenedores a fin de mantener los dientes en su nueva posición como resultado del tratamiento de ortodoncia. Deberá usar los retenedores según le indiquen. De no hacerlo, es posible que sus dientes se desplacen, además de padecer efectos adversos adicionales. Es necesario el uso de los retenedores durante varios años después del tratamiento de ortodoncia. Sin embargo, pueden ocurrir cambios después de dicho tiempo debido a causas naturales, incluyendo hábitos tales como empujar con la lengua, respirar por la boca y el crecimiento y maduración que continúan durante toda la vida. Con el tiempo, la mayoría de la gente verá que sus dientes se desplazan. Es posible que algunas irregularidades menores, particularmente en los dientes anteriores inferiores, tengan que aceptarse. Algunos cambios pudieran requerir tratamiento de ortodoncia adicional o, en algunos casos, cirugía. Algunas situaciones pueden requerir retenedores no removibles u otros aparatos dentales fabricados por su dentista general.

Extracciones

Algunos casos requerirán la remoción de dientes temporales (de leche) o permanentes. Existen riesgos adicionales relacionados con la remoción de dientes de los que usted deberá conversar con su dentista o con el cirujano bucal antes del procedimiento.

Cirugía Ortognática Algunos pacientes presentan desarmonías esqueléticas significantes que requieren tratamiento de ortodoncia en combinación con cirugía ortognática (dentofacial). Existen riesgos adicionales relacionados con esta cirugía

Alergias

de los que usted deberá platicar con su cirujano maxilofacial antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia. Tenga a bien saber que a menudo el tratamiento de ortodoncia anterior a la cirugía ortognática alinea los dientes dentro de los arcos dentales individuales. ¡En consecuencia, es posible que los pacientes que interrumpen el tratamiento de ortodoncia sin completar los procedimientos quirúrgicos planificados tengan una mal oclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento!

Descalcificación y Caries Dental

Una excelente higiene bucal es fundamental durante el tratamiento de ortodoncia así como las visitas regulares a su dentista general. La higiene inadecuada o incorrecta podría resultar en cavidades, dientes manchados, enfermedad periodontal y/o descalcificación. Estos mismos problemas pueden ocurrir sin tratamiento de ortodoncia, pero el riesgo es mayor para una persona que usa aditamentos ortodóncicos u otros aparatos. Dichos problemas pueden agravarse si el paciente no ha tenido el beneficio de agua fluorurada o su sustituto, o si el paciente consume bebidas o alimentos endulzados.

Resorción Radicular

Las raíces de los dientes de algunos pacientes se acortan (resorción) durante el tratamiento de ortodoncia. No se sabe con exactitud la causa de la resorción, ni se puede predecir qué pacientes la experimentarán. Sin embargo, muchos pacientes a pesar de tener dientes con raíces seriamente acortadas los mantienen en boca durante toda su vida. Si la resorción se detecta durante el tratamiento de ortodoncia, es posible que su ortodontista le recomiende una pausa en el tratamiento o la remoción de los aparatos antes de completar el tratamiento de ortodoncia.

Daño del Nervio

Dientes que han sufrido trauma debido a un accidente o caries profundas pueden haber causado daño a su nervio. Es posible que en algunos casos, el movimiento ortodóncico agrave esta situación. En algunos casos, puede ser necesario realizar tratamientos de conductos. En casos graves, se pueden perder los dientes.

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal (encía y hueso) puede desarrollarse o empeorarse durante el tratamiento de ortodoncia debido a muchos factores, aunque con mayor frecuencia se debe a la falta de una adecuada higiene bucal. Un dentista general o si fuera indicado, un periodoncista deberá monitorear cada tres o seis meses su salud periodontal durante el tratamiento de ortodoncia. Si los problemas periodontales no pueden controlarse, es posible que el tratamiento de ortodoncia haya que interrumpirlo antes de finalizar.

Lesiones Causadas por los

Aparatos de Ortodoncia

Deberán evitarse las actividades o alimentos que pudieran dañar, aflojar o desalojar los aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia desalojados o dañados pueden inhalarse o tragarse o podrían causar otros daños al paciente. Usted deberá informar a su ortodontista de cualquier signo inusual o sobre cualquier aparato flojo o roto en cuanto lo note. Es posible que se dañe el esmalte de un diente o una restauración (corona, resina, carilla, etc.) cuando se retiren los aparatos de ortodoncia. Este problema es más probable que ocurra cuando se elije aparatos estéticos (transparentes o de color dental). Si se dañara un diente o una restauración, será necesario que su dentista realice una restauración del diente o dientes involucrado/s.

RECONOCIMIENTO

Arcos Faciales

Los arcos faciales pueden causar lesiones al paciente, tales como daño al rostro o los ojos. En el caso de lesiones o especialmente una lesión en los ojos, aunque sea menor, deberá buscar ayuda médica inmediata. Evite usar arcos faciales en situaciones donde exista alguna posibilidad de que fueran desalojados o arrancados. Las actividades deportivas y juegos deberán evitarse cuando se usen arcos faciales.

Disfunción de la Articulación Temporomandibular (Mandíbula)

Pueden ocurrir problemas en las articulaciones mandibulares, v.g., las articulaciones temporomandibulares, causando dolor, dolores de cabeza o problemas de oído. Existen muchos factores que pueden afectar la salud de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo traumas pasados (golpes en el rostro o cabeza), artritis, tendencia hereditaria a problemas en las articulaciones temporomandibulares, desgastar o apretar excesivamente los dientes, mordida mal equilibrada y múltiples trastornos médicos. Los problemas de las articulaciones temporomandibulares pueden ocurrir con o sin tratamiento de ortodoncia. Cualquier síntoma de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo dolor, chasquido del maxilar inferior o dificultad para abrir o cerrar, deberá informarse de inmediato al ortodontista. Tal vez sea necesario un tratamiento con otros especialistas médicos o dentales.

Dientes Retenidos, Anquilosados y No Erupcionados

Los dientes pueden retenerse (quedar atrapados debajo del hueso o encía), anquilosarse (quedar fusionados al hueso) o no erupcionar. A menudo, estas situaciones ocurren sin motivo aparente y, generalmente, no pueden preverse. El tratamiento de dichas condiciones depende de la circunstancia particular y de la importancia del diente involucrado, y puede requerir su extracción, exposición quirúrgica, trasplante quirúrgico o reemplazo protésico.

Ajuste Oclusal

Pueden haber mínimas imperfecciones en la manera de que sus dientes muerden después de finalizar el tratamiento. Tal vez sea necesario un procedimiento de equilibrio oclusal, método de desgaste utilizado para perfeccionar la oclusión. Asimismo, puede ser necesario retirar una pequeña cantidad de esmalte de entre los dientes, con lo que se logra "aplanar" las superficies a fin de disminuir la posibilidad de una recidiva.

Resultados No Ideales

Debido a una amplia variación en el tamaño y forma de los dientes, dientes faltantes, etc., es posible que no se pueda lograr un resultado ideal (por ejemplo, cierre completo de un espacio). Es posible que se indique un tratamiento de restauración dental, tal como adhesivos estéticos, coronas o puentes o terapia periodontal. Le recomendamos que le pregunte a su ortodontista y dentista sobre atención accesoria.

Terceros Molares

Cuando los terceros molares (muelas del juicio) se desarrollan, es posible que sus dientes cambien su alineación. Su dentista y/u ortodontista deberá monitorearlos a fin de determinar si será necesario extraer los terceros molares y, en caso afirmativo, cuándo.

AVISO SOBRE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO EXPONE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CON ATENCIÓN.

COMPRENSIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Cada vez que visita nuestra oficina, tomamos registro de su visita para gestionar los cuidados que recibe. Entendemos que la información médica que queda registrada sobre usted y su salud es personal. La confidencialidad y privacidad de su información de salud queda también bajo la protección de leyes tanto Estatales como Federales.

Este Aviso sobre Políticas de Privacidad describe cómo esta oficina podría usar y divulgar su información, y los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud.

Cómo Usaremos o Divulgaremos su información de salud

Tratamiento: Usaremos su información de salud para el tratamiento. Por ejemplo, la información obtenida por el ortodoncista u otros miembros de su equipo sanitario quedará registrada en su expediente y será empleada para determinar el curso del tratamiento que mejor se ajustaría a usted. Su ortodoncista documentará en su expediente sus expectativas para con los miembros de su equipo sanitario. Los miembros de su equipo sanitario procederán entonces a registrar las acciones que emprendan y sus observaciones, de forma que el médico conocerá cómo está usted respondiendo al tratamiento. También proporcionaremos a su médico, o al correspondiente proveedor sanitario, copias de los varios informes que le habrían de asistir a la hora de tratarle a usted.

Pago: Usaremos su información de salud para el pago. Por ejemplo, una factura podría serle enviada a usted o a su plan de seguro médico. La información en o acompañando a la factura podría incluir información que le identifique a usted, así como su diagnóstico, procedimiento y materiales empleados.

Operaciones de Asistencia Médica: Usaremos su información de salud para nuestras operaciones habituales de asistencia médica. Por ejemplo, podríamos usar información en su expediente médico para determinar los cuidados y resultados en su caso y otros similares. Esta información será entonces usada en un esfuerzo continuo de mejorar la calidad y eficacia de los servicios que proporcionamos.

Socios Comerciales: Podríamos establecer contacto con personas o entidades denominadas socios comerciales que proporcionen servicios o realicen funciones en nuestro lugar. Algunos ejemplos serían nuestros contadores, consejeros y abogados. Podríamos divulgar su información sanitaria a nuestros socios comerciales para que así pudiesen desempeñar su tarea asignada una vez hubiesen aceptado por escrito el salvaguardar su información.

Notificación: Podríamos usar o divulgar información para asistir en la notificación de un familiar, representante u otra persona responsable de sus cuidados, de su localización y condición general. Si no fuésemos capaces de contactar a un miembro de su familia o representante personal, entonces podríamos dejarles un mensaje al número de teléfono que nos hubiesen indicado, por ejemplo, en un contestador automático.

Comunicación con Familiares: Podríamos divulgar a un familiar, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que nos indique, información de salud pertinente a la implicación de esa persona en el tratamiento o pago de su atención.

Recordatorio de citas / Beneficios para la salud: Podríamos contactarle para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios para la salud que pudiesen ser de interés para usted.

Servicios Funerarios y Forenses: Podríamos divulgar su información de salud a agentes funerarios y a forenses o investigadores médicos, para que puedan llevar a cabo sus funciones de forma consistente con la ley aplicable.

Organizaciones de Obtención de Órganos: De forma consistente con la ley aplicable, podríamos divulgar su información de salud a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el propósito de la donación de tejidos y trasplantes.

Investigación: Podríamos divulgar su información de salud a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de revisión institucional que haya revisado el proyecto de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud. Podríamos también divulgar su información de salud a personas preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación en tanto que la información de salud permanezca en nuestro poder. Podríamos también usar y divulgar su información de salud para contactarle sobre la posibilidad de formar parte de un estudio de investigación.

Recaudación de fondos: Podríamos contactarle como parte de nuestros esfuerzos para recaudar fondos; no obstante usted puede negarse a recibir tal información.

Food and Drug Administration (FDA): Podríamos divulgar información a la FDA relativa a posibles efectos adversos con la comida, suplementos, productos así como defectos en los productos o información de vigilancia post-marketing, para permitir el reemplazo, reparación o retirada de productos.

Compensación Laboral: Podríamos divulgar información de salud hasta el límite autorizado y hasta el límite necesario para cumplir las leyes relativas a las compensaciones laborales u otros programas similares establecidos por ley.

Actividades de Salud Pública: Tal y como exige la ley, podríamos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública, con el fin de prevenir o controlar enfermedad, lesiones o discapacidad.

Actividades de Supervisión de la Salud: Podríamos divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud bajo el propósito de llevar a cabo actividades de supervisión legalmente autorizadas, como investigaciones necesarias para la vigilancia del

sistema sanitario y programas de ayudas del gobierno.

Institución Correccional: Si usted fuese interno de una institución correccional, podríamos divulgar a la institución o sus agentes la información de salud necesaria para su salud y la de otros individuos.

Procesos Judiciales y Administrativos : Podríamos divulgar su información de salud en un procedimiento judicial o administrativo si la petición de información es llevada a cabo a través de una orden judicial o un tribunal administrativo. Dicha información podría ser también divulgada en respuesta a una citación u otro proceso legal si se proporcionan suficientes garantías para el individuo o una orden de protección.

Cuerpos de Seguridad/Amenazas serias para la Salud y Seguridad: Podríamos divulgar su información de salud a agentes de la ley bajo propósitos de seguridad bajo ciertas circunstancias y sujeta a ciertas condiciones. Podríamos también divulgar su información de salud para prevenir o reducir una amenaza seria e inminente a una persona o el público en general (cuando la divulgación sea hecha a alguien que creamos que puede prevenir o reducir la amenaza) o para identificar o atrapar a un preso fugado o criminal violento.

Victimas de Abuso, Abandono y Violencia Doméstica: Bajo ciertas circunstancias, podríamos divulgar su información de salud a las autoridades gubernamentales correspondientes si hay alegaciones de abuso, abandono o violencia doméstica.

Funciones esenciales del Gobierno: Podríamos divulgar su información de salud para ciertas funciones esenciales del gobierno (ej. actividades militares y para propósitos de seguridad nacional).

Los siguientes usos y divulgaciones serán solo llevados a cabo con su autorización: (i) con limitadas excepciones, el uso y divulgación de su información de salud para propósitos de marketing, incluyendo avisos de tratamiento subvencionados; (ii) divulgación que constituya una venta de su información de salud; y (iii) otro uso o divulgación que no esté descrito en este aviso. Puede usted revocar su autorización en cualquier momento, excepto que hayamos emprendido ya acciones basándonos en el uso o divulgación indicados en la autorización.

Sus Derechos sobre Información Sanitaria

- Aunque su historia clínica sea propiedad física de esta oficina, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:
- Usted podría solicitar que no usemos o divulguemos su información de salud para un motivo concreto relacionado con el tratamiento, pago, nuestras actividades de atención sanitaria en general y/o a un familiar en particular, otros parientes o un amigo cercano. Pedimos que dichas peticiones se hagan en un formulario escrito proporcionado por nosotros. Aunque consideraremos su propuesta, por favor tenga en cuenta que no tenemos obligación de aceptarla o admitirla, excepto como se indica debajo.
- Si usted ha pagado por servicios completamente de su bolsillo, podría solicitar que no divulguemos información relacionada exclusivamente con su seguro de salud. Pedimos que dichas peticiones se hagan en un formulario escrito proporcionado por nosotros. Estamos obligados a cumplir con dicha petición salvo que seamos exigidos por ley a proporcionarla. No tenemos que informar a otros proveedores de dicha petición, así que usted debería informar a cualquier otro proveedor de dicha petición.
- Tiene el derecho a recibir comunicaciones confidenciales nuestras por medios alternativos o en una localización alternativa. Dicha petición debe ser hecha por escrito y enviada al Agente de Privacidad. Intentaremos dar cabida a toda petición razonable.
- Usted podría solicitar inspeccionar y/o obtener copias de información de salud sobre usted, que le serán proporcionadas en los plazos definidos por ley. Si mantenemos su información de salud en soporte electrónico designado, podría obtener una copia electrónica de la información. Si usted pide una copia (en papel o electrónica), le cobraremos una tarifa razonable en función del coste.
- Si usted cree que cualquier información de salud en su historial es incorrecta, o si cree que falta información importante, podría usted solicitar que corriamos la información existente o que añadiésemos la que falta. Dichas peticiones deben ser hechas por escrito, y deben aportar una razón que las sostenga. Le pedimos que use el formulario proporcionado por nosotros para hacer tales peticiones. Para solicitar un formulario, por favor contacte con el Agente de Privacidad.
- Usted podría solicitar que le proporcionásemos por escrito todas las divulgaciones hechas por nosotros durante el periodo de tiempo que nos solicite (que no exceda seis años), tal y como indica la ley. Pedimos que dichas peticiones se hagan en un formulario escrito proporcionado por nosotros. Por favor tenga en cuenta que dicha recopilación no incluye todas las divulgaciones, por ejemplo, divulgaciones para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención sanitaria, y divulgaciones hechas a usted o a su representante legal, o en cumplimiento de una autorización. No se le cobrará por su primera petición en cualquier periodo de 12 meses. Sin embargo, para cualquier petición que realice después, se le aplicará una tarifa de coste razonable.

Tiene usted derecho a ser notificado tras una brecha en su información de salud protegida no asegurada.

Tiene usted derecho a obtener una copia en papel de nuestro Aviso sobre Políticas de Privacidad bajo solicitud.

Para más Información o para Informar de un Problema

Tiene usted derecho a reclamar ante nosotros y la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (HHS) si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una reclamación.

Para más información, o para presentar una reclamación contra nosotros, contacte con nuestro Agente de Privacidad por teléfono o email como se indica: info@fl4braces.com o (855)272-2374. Para reclamar ante la Secretaría del HHS, envíe su reclamación a: Office for Civil Rights, Attn: Regional Manager, U.S. Department of Health and Human Services Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70, 61 Forsyth Street, S.W., Atlanta, GA 30303-8909 or (800)368-1019

Si tiene alguna pregunta o quiere más información sobre este Aviso sobre Políticas de Privacidad, por favor contacte a nuestro Agente de Privacidad.

Reconocido por: _____ Fecha: _____
Firma del Paciente o Representante

SECCIÓN A: OTORGANDO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ N° del Seguro Social del Paciente ____-____-____

N° de Cuenta del Paciente _____ Dirección del Paciente _____

E-mail: _____ Teléfono (____) _____-_____

SECCIÓN B: PARA EL PACIENTE- POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted nos consentirá a usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y labores de atención sanitaria.

Aviso sobre Políticas de Privacidad: Tiene usted derecho a leer nuestro Aviso sobre Políticas de Privacidad antes de decidir si firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso ofrece una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y labores de atención sanitaria, de los usos y divulgaciones que podríamos llevar a cabo con su información de salud protegida, y otros asuntos importantes relativos a su información de salud protegida. Acompañando a este Consentimiento encontrará una copia de nuestro Aviso. Le recomendamos que lo lea con atención y por completo antes de firmar este Consentimiento.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestra política de privacidad tal y como se describe en nuestro Aviso sobre Políticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras políticas de privacidad, proporcionaremos un versión revisada del Aviso sobre Políticas de Privacidad, que contendrá los cambios. Estos cambios podrían aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que obre en nuestro poder.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso sobre Políticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento contactando a:

Agente de Contacto: AGENTE DE PRIVACIDAD

Teléfono: (855) 272-2374

Email: info@fl4braces.com

Página Web: www.Florida4Braces.com

Dirección Corporativa: 13535 Feather Sound Drive Ste. 220 Clearwater, FL 33762

Derecho a Revocar: Tendrá usted el derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito de su revocación enviada al Agente de Privacidad mencionado arriba. Por favor entienda que la revocación del Consentimiento no afectará a ninguna acción que hubiésemos tomado amparándonos en este Consentimiento, y que podríamos negarle el tratamiento si usted revoca este Consentimiento.

FIRMA

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso sobre Políticas de Privacidad de la compañía mencionada arriba y he tenido toda la oportunidad de leer y tener en cuenta los contenidos de este formulario de Consentimiento, estoy dando mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Consentimiento y su Aviso sobre Políticas de Privacidad. Entiendo que, firmando este formulario de Consentimiento, yo reconozco haber recibido la información del Aviso sobre Políticas de Privacidad y estoy dando mi consentimiento para que empleen y divulguen mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, actividades de pago y labores de atención sanitaria.

Firma _____ Fecha _____

Si este Consentimiento está firmado por un representante en nombre del paciente, rellene lo siguiente:

Nombre del Representante _____ Relación con el Paciente _____

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo revoco mi Consentimiento para que empleen y divulguen mi información de salud protegida con fines de tratamiento, actividades de pago y labores de atención sanitaria.

Yo entiendo que la revocación de mi Consentimiento no afectará a ninguna acción que hayan tomado amparándose en mi Consentimiento antes de que hayan recibido por escrito este Aviso de Revocación. También entiendo que podrían negarse a tratarme o a continuar tratándome tras haber revocado mi consentimiento.

Firma _____

Fecha _____