

# IDC INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

(Esta información es necesaria para nuestros archivos y para su salud y será considerada **CONFIDENCIAL**)

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL  Hombre  Mujer

Si el paciente es un menor de edad de el nombre de los padres o guardiaces \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección de la casa \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo?  Propio  Renta  
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Paciente es:  Casado(a)  Soltero(a)  Separado(a)  Viudo(a)  Menor de edad

Número de la licencia de conducir \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Número de la cuenta \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del empleo \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Nombre de esposo(a) \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Número de licencia \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del empleo \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección completa del familiar cercano \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL  No tiene médico

Nombre de su médico \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
RECCION CIUDAD TELEFONO

Dentista de anterior \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
DIRECCION CIUDAD TELEFONO

¿Por qué cambia usted a dentistas? \_\_\_\_\_

Razón por la cita \_\_\_\_\_

¿Es esta visita de emergencia?  Sí  No En caso de sí, explique: \_\_\_\_\_

Escuela a la que van sus hijos \_\_\_\_\_ ¿A quién le podemos agradecer su visita? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE SUS FINANZAS

Persona responsable por esta cuenta \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL TELEFONO

FORMA PREFERIDA DE PAGO:  Al contado en el día del tratamiento  Número de Visa \_\_\_\_\_  
EXPIRACION DATE

Número de ayuda del Estado \_\_\_\_\_  Número de MasterCard \_\_\_\_\_  
EXPIRACION DATE

Nombre de la compañía de seguro (principal) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL	NÚMERO DEL GRUPO	NÚMERO DEL PLAN	NOMBRE DEL SINDICATO
SINDICATO LOCAL			

Nombre de la compañía de seguro (secundario) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL	NÚMERO DEL GRUPO	NÚMERO DEL PLAN	NOMBRE DEL SINDICATO
SINDICATO LOCAL			

## TERMINOS AND CONDICIONES

Arreglos financieros se tienen que hacer primero, antes de recibir el tratamiento. El funcionamiento de esta oficina dental depende de los pagos que hace el paciente por los tratamientos recibidos y por lo tanto, la responsabilidad para el pago por parte de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento. Todo tratamiento de emergencia o cualquier servicio dental recibido, sin haberse hecho un arreglo previo por los pagos, debe ser pagados al contado en el momento del tratamiento.

Pacientes que están asegurados deben entender que todos los servicios dentales son cargados directamente a él o ella, y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a los pacientes a preparar todos los formularios que sean necesarios para cobrarle el seguro y le acreditará el dinero recibido de la compañía de seguro la cuenta de paciente. Aunque esta oficina dental no dará servicios bajo la condición de que el pago será hecho por lo compañía de seguro en lugar de por el paciente.

Asignación de seguro: Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente a mi dentista los beneficios de mi póliza.

Un recargo del 1 1/2% por mes (18% por año, pero nunca mas de lo permitido por la ley del estado) en el balanza que cabe el paciente será cargado en todas las cuentas que excedan los 60 días, a menos que previamente se hayan hecho arreglos satisfactorios por escrito con esta oficina.

Yo entiendo que el estimado de los cargos detallados por este servicio dental pueden ser extendidos solamente por seis meses a partir de la fecha en que fui examinado.

En consideración a los servicios profesionales prestados a mí, o solicitados por mí, por el doctor, yo consiento en pagar los precios de dichos servicios a dicho doctor o su designato, o dentro de los cinco (5) días de haber recibido la cuenta, si el crédito ha sido extendido. Además estoy de acuerdo que el precio de los servicios es el que aparece en la cuenta, a menos que yo haya objetado por escrito durante el tiempo que se me dio para pagar los servicios. Además estoy de acuerdo de cualquier rompimiento de estos terminos y condiciones por mi parte, no me autoriza el rompimiento de otros terminos y condiciones. Además estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado en caso que una reclamación se haga en mi contra.

Yo le doy permiso a usted o a la persona designada por usted para telefonearme a mi casa o a mi lugar de empleo para comentar este formulario.

Yo he leído la condiciones arriba explicadas y estoy de acuerdo con su contenido.

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

IFAVOR DE COMPLETAR LOS DOS LADOS!

# CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

Estas preguntas son para su provecho y le aseguran que se consideran en su tratamiento médico la condición de su salud pasada y presente. Puede ser que algunas preguntas no parezcan que se relacionan con su condición dental pero todas están relacionadas con el cuidado dental apropiado.

Por favor conteste cada pregunta. Haga un círculo alrededor de Sí o de No. Por ejemplo: ¿Está usted vivo? .....  Sí  No

## HISTORIA CLINICA

1. ¿Tiene usted buena salud? .....  Sí  No
2. Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_
3. ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? .....  Sí  No  
¿En caso de sí para que enfermedad está siendo tratado? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria u operación? .....  Sí  No  
¿En caso de sí, que enfermedad u operación? \_\_\_\_\_
5. ¿Ha estado usted hospitalizado? .....  Sí  No  
¿En caso de sí cuál fue el problema? \_\_\_\_\_
6. ¿Está usted tomando alguna medicamento  Sí  No ¿O cualquier otro tipo de drogas (marijuana, cocaína, etc.)? .....  Sí  No  
¿En caso de sí, diga cuál? \_\_\_\_\_ ¿Que dosis? \_\_\_\_\_
7. ¿Ha sido ud. alguna vez pre-medicado con antibiótico para su tratamiento dental? .....  Sí  No
8. ¿Alguna vez pre-tratar a un enfermo con antibióticos por su tratamiento dental? .....  Sí  No
9. ¿Está Ud. sensitivo o alérgico cualquier droga o material?  Látex  Penicilina  Tetraciclina  Sulfa  Aspirina  Codeine  Otra (Si hay otros ¿cuáles drogas o materiales?) .....  Sí  No

10. ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades siguientes? (Hacer un círculo alrededor de S or de N todas las condiciones mencionados)
- |                |                         |                            |                             |                                      |   |
|----------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|---|
| S N Anemia     | S N Escarlatina         | S N Fiebre Reumática       | S N Desórdenes mentales     | S N Tumores o precinientos           | S N Hepatitis, ictericia                            |
| S N Herpes     | S N Varicela            | S N Dolor mandibular       | S N Desórdenes nerviosos    | S N Tratamiento Siquiátrico          | S N Enfermedad venérea (sífilis, gonorrea)          |
| S N Apoplejia  | S N Sinusitis           | S N Angina del pecho       | S N Adicción a las drogas   | S N Reemplazo de articulación        | S N Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)  |
| S N Ulceras    | S N Hemorragia          | S N Granitos herpéticos    | S N Enfermedad del riñón    | S N Complejo relacionacio con HIV    | S N Síndrome de desorden de articulación mandibular |
| S N Diabetes   | S N Asma                | S N Propensión a golpes    | S N Ulceras del estómago    | S N Enfermedades respiratorias       | S N Ova   |
| S N Glaucoma   | S N Presion alta        | S N Heridas en la cabeza   | S N Dificultad en tragar    | S N Enfermedad de la célula facioime |   |
| S N Arthritis  | S N Tuberculosis        | S N Insuficiencia Cardiaca | S N Epilepsia o ataques     | S N Lesiones de corazón congénitas   |   |
| S N Entisema   | S N Socio Cardiaco      | S N Enfermedad del hígado  | S N Medicina Cortisona      | S N Tratamiento de rayos-x o cobalto |   |
| S N Hemofilia  | S N Fiebre del benu     | S N Alérgias, urticarias   | S N Enfermedad de tiroides  | S N Desmayos o ataques               |   |
| S N Reumatismo | S N Protisis artificial | S N Alérgico a metales     | S N Transfusión de sangre   | S N Quimioterapia (cancer, leucemia) |   |
| S N Tonsilitis | S N Parálisis cerebral  | S N Ataque de corazón      | S N Enfermedad de la sangra | S N Tralamiento de radiación         |   |

11. ¿Usa usted un marcapaso de corazón, o ha tenido cirugía cardiaca? .....  Sí  No
12. ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad que no aparece arriba y que yo ciebo saber? .....  Sí  No  
¿En caso de sí, por favor explique cuál? \_\_\_\_\_
13. ¿Fuma usted? ¿En caso de sí, cuanto? Cigarros Puros Paquetes por día .....  Sí  No
14. ¿Ha tomad Ud. alguna vez la drogas "Phen-Phen" o "Redux"? .....  Sí  No
15. (Mujeres) ¿Está usted en astado de gestación? ¿En caso de sí, cuántos meses? \_\_\_\_\_  Sí  No
16. (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema con su menstruación? .....  Sí  No
17. (Mujeres) ¿Toma Ud. píldoras anticonceptivas? .....  Sí  No

## HISTORIA DENTAL

1. ¿Ha recibido alguna vez un anestésico local (Novocaína, etc.)? .....  Sí  No
2. ¿Ha tenido usted alguna reacción mala por un anestésico local? .....  Sí  No
3. ¿Ha usted tenido un problema serio asociado con un tratamiento dental anteriormente? .....  Sí  No  
En caso de sí, explique \_\_\_\_\_
4. ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron Rayos X de su boca entera? Semanas Meses Años
5. ¿Cuánto tiempo hace de su último tratamiento dental? Semanas Meses Años
6. ¿Le pone nervioso(a) un tratamiento dental? .....  Sí  No  
En caso de sí, marque  Muy poco  Moderadamente  Extremadamente
7. ¿Le gustaría que le diéramos un sedante antes del tratamiento? .....  Sí  No

En base a mi conocimiento, todas las contestaciones anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez hubiera cambios en mi salud o en mis medicaciones, yo le informaré sin falta al doctor en mi próxima visita.

**A** Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ **CUESTIONARIO ACERA DE SU SALUD DEBE SER ACTUALIZADO CADA AÑO!**

- B PONER AL DÍA — Desde su última visita al médico**
1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? .....  Sí  No
  2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? .....  Sí  No
  3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? ....  Sí  No

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- C PONER AL DÍA — Desde su última visita al médico**
1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? .....  Sí  No
  2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? .....  Sí  No
  3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? ....  Sí  No

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

<b>REVISADO POR</b>	<b>NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</b>		
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
FECHA _____	FECHA _____	PS _____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
<b>B</b>	FECHA _____	PULSO _____	_____
<b>C</b>	FECHA _____	TEMP _____	_____
		POR _____	_____

**POR FAVOR, HÁGANOS SABER CUALQUIER CAMBIO DE SU SALUD DESOE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. SI NO HAY CAMBIOS, POR FAVOR ESCRIBA Ud. "NINGUNOS"**

**AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO:** Yo auturizo al dentista(s) en cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestésicos, sedantes de óxido nitroso y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideren necesarias o aconsejables en el diagnóstico de este paciente. Yo he sido informado de todas las posibles complicaciones que pueden resultar en el procedimiento, anestésicos y drogas.

*Todos los servicios son prestados y aceptados bajo los terminos y condiciones impresos en el otro tado de este formulario*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Esta autorización debe ser firmada por el paciente, o en el caso de un menor de edad, o cuando el paciente está incapacitado o es mentalmente incompetente por u familiar cercano del paciente.

**Relación al paciente:** \_\_\_\_\_



6982 Boulder Avenue  
 Highland, CA 92346  
 (909) 862-2121  
 Fax (909) 862-6648

# Autorización Para Usar Y Revelar La Información De Salud

## PARTE A: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Num. del Paciente: \_\_\_\_\_ Num. Seguro Social: \_\_\_\_\_

## PARTE B: AL PACIENTE – POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

**Propósito de la Autorización:** Al firmar este formulario, usted nos dará su autorización para nosotros usar y revelar su información protegida de salud para llevar a cabo su tratamiento, para procesar los pagos, y para las operaciones de cuidados de salud.

**Aviso de las Prácticas de Privacidad:** Ud. tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmará esta Autorización. Nuestro Aviso provee una descripción de su tratamiento, el procesamiento de los pagos, y las operaciones de cuidados de salud, de las maneras en que usaremos y revelaremos su información protegida de salud, y otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña esta Autorización. Lo exhortamos a que lo lea cuidadosa y completamente antes de firmar la Autorización.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como ha sido descrito en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, amitimemos un Aviso de las Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquier información protegida de salud suya que tengamos.

Ud. puede obtener una copia de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión a nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Persona de Contacto: Sharon R. Bailon  
 Teléfono: (909) 862-2121 Fax: (909) 862-6648

**Derecho a Revocar:** Usted tendrá derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento sometiéndonos una notificación por escrito de su revocación a la Persona de Contacto que aparece en la parte superior. Por favor comprenda que la revocación de esta Autorización no afectará ninguna acción que hayamos tornado contando con esta Autorización antes de recibir su revocación, y que podemos declinar darle o continuar su tratamiento si revoca esta Autorización.

### FIRMA

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad para leer y considerar el contenido de este formulario de Autorización y su Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Autorización, estoy dando mi autorización para que ustedes usen y revelen mi información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, procesar los pagos y para las operaciones de los cuidados de salud.

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

Si esta Autorización está firmada por el representante personal del paciente en representación del paciente, complete lo siguiente:

Nombre de Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE QUE LA FIRME.**  
 Incluya una Autorización procesada en el expediente del paciente.

### REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Revoco mi Autorización para que ustedes puedan usar y revelar mi información protegida de salud para el tratamiento, procesar pagos, y las operaciones de cuidados de salud.

Entiendo que la revocación de mi Autorización no afectará ninguna acción tomada por ustedes contando con mi Autorización antes de que ustedes hayan recibido por escrito este Aviso de Revocación. Entiendo además que ustedes pueden declinar tratarme o a continuar tratándome después de que haya revocado mi Autorización.

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



6982 Boulder Avenue  
Highland, CA 92346  
(909) 862-2121  
Fax (909) 862-6648

---

## AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

**LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

---

### **NUESTRO DEBER POR LEY**

La ley federal y estatal nos requiere que mantengamos la privacidad de su información de salud. También se nos requiere que le demos este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos en lo que concierne a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entra en vigor el 4/14/03, y estará vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean aplicables a toda la información de salud que mantengamos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible para el que lo solicite.

Ud. puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, sírvase comunicarse con nosotros utilizando la información al final de este Aviso.

---

### **USOS Y FORMAS DE REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Usamos y revelamos su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o revelar su información de salud a un médico u otro proveedor de servicios de salud que le esté brindando tratamiento a usted.

**Pagos:** Podemos usar o revelar su información de salud para obtener pago por los servicios que nosotros le proveemos a usted.

**Operaciones de los Cuidados de Salud:** Nuestras oficinas emplean un sistema abierto de servicio dental. Nosotros haremos todo lo posible para evitar revelar su información confidencial. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud por favor contactenos y nosotros haremos lo posible para ayudarlo.

Nosotros usaremos o revelaremos, cuando sea necesario, su información confidencial para ayudar con nuestros tramites o completar actividades comerciales.

Por ejemplo, podemos usar una hoja de registro en recepción donde tendrá que anotar su nombre. Llamaremos por su nombre en el área de recepción cuando el doctor este listo para atenderlo y el tenga la copia del horario de citas del día con su nombre en la hoja respectiva. Nosotros usaremos o revelaremos su información privada cuando sea necesario comunicarnos con usted por teléfono ó correo para la confirmación de su cita dental.

Nosotros presentaremos su información confidencial con terceras personas "asociados" que desarrollan diferentes actividades en su tratamiento. (ejm: Facturas, etc.)

Cuando un arreglo sea hecho entre nuestra oficina y un asociado que involucre el uso de su información confidencial, tendremos un contrato escrito que especificará los términos que protegerán la privacidad de su información de salud.

Nosotros usaremos o revelaremos su información confidencial, cuando sea necesario enviarle una carta ó información referente a otros servicios que ofrecemos. También podríamos enviarle información acerca de productos ó servicios que creamos sean para su beneficio. Usted puede contactar nuestra oficina y el funcionario le ayudara con su petición de "no" enviarle estos materiales en el futuro.

**Su Autorización:** Además de usar su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud, usted puede darnos su autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si Ud. nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida mientras la autorización estuvo vigente. A menos que nos dé su autorización por escrito, no podemos ni usar ni revelar su información de salud por ninguna razón excepto aquellas descritas en este Aviso.

**Su Familia y sus Amigos:** Debemos revelar su información de salud a usted como está descrito en la sección de los Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información de salud a algún familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con sus cuidados de salud o con el pago por los cuidados de salud, pero sólo si usted está de acuerdo con que lo hagamos.

**Personas Involucradas en su Cuidado:** Podemos usar o revelar la información de salud para notificar, o ayudar en la notificación de (incluyendo en la identificación o localización) un familiar, su representante personal u otra persona responsable por su cuidado, acerca de su localización, su condición general, o su muerte. Si usted esta presente, entonces, antes de usar o revelar su información de salud, le proveeremos la oportunidad para objetar dichos usos o revelaciones. En el caso de que se encuentre incapacitado o en

circunstancias de emergencia, revelaremos su información de salud basándonos en una determinación usando nuestro juicio profesional y revelando solamente aquella información de salud que sea directamente relevante en la participación de la persona en sus cuidados de salud. Usaremos también nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con las prácticas usuales para hacer inferencias razonables acerca de su mejor interés al permitir a una persona recoger sus recetas, equipos médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud.

**Mercadeo de Servicios Relacionados a la Salud:** No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización escrita.

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

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o es víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud hasta el grado necesario para evitar una asmenaza seria a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contraespionaje, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos revelar a los funcionarios de una institución penitenciaria o a un oficial de la policía que tenga la custodia legal la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorio de las Citas:** Podemos usar o revelar su información de salud para proveerle recordatorios de las citas (tales como mensajes en el buzón de voz, postales, o cartas).

---

## DERECHOS DE LOS PACIENTES

**Acceso:** Usted tiene derecho a mirar o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no sea factible. (Debe someter una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Le cobraremos una cantidad razonable basada en el costo de los gastos tales como las copias y el tiempo del personal. Puede también solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$5.00 sin radiografías o \$10.00 con radiografías, y el franqueo si quiere que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato diferente, le cobraremos una cantidad basada en el costo de explicación de su información de salud. Comuníquese con nosotros usando la información listada al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestros honorarios.)

**Auditoria de las Revelaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de los casos en que su información de salud ha sido revelada por nosotros o por nuestros asociados para otros propósitos que no fueron para el tratamiento, el pago, las operaciones de los cuidados de salud y ciertas otras actividades durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril del 2003. Si Ud. solicita esta auditoria más de una vez en un periodo de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricciones:** Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información de salud. No se nos requiere que aceptemos estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

**Comunicación Alternativa:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por métodos alternativos o a lugares alternativos. (Debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria de cómo se harán los pagos bajo el método o en el lugar alternativo que haya solicitado.

**Enmiendas:** Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

**Aviso Electrónico:** Si recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (email), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

---

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nosotros por favor.

Si piensa que hemos violado sus derechos a la privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado acerca del acceso a su información de salud o en respuesta a su solicitud para enmendar o restringir el uso o revelación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por métodos o a lugares alternativos, puede presentarnos una queja usando la información al final de este Aviso. Puede someter una queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. Le Proveeremos la dirección para someter su queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. si lo solicita.

Respaldamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna clase si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Servicios sociales y de Salud.

Funcionario del Contacto: Sharon R. Bailon

Teléfono: (909) 862-2121

Dirección: 6982 Boulder Avenue, Highland, CA 92346