

Pharmacy Information/Informacion de Farmacia

Patient Name/*Nombre*: _____

Patient Email/*Correo Electronico*: _____

Preferred Pharmacy/*Farmacia*: _____

Pharmacy Location and Zip/*Dirección de Farmacia y Código*:

Pharmacy Phone #/*Numero de Farmacia*: _____

Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*: _____

Patient Phone #/*Telefono del Paciente*: _____

Patients under the age of 18 only/*Pacientes menores*:

Height/*Altura*: _____

Weight/*Peso*: _____



6982 Boulder Ave, Highland, CA 92346

909.862.2121 • Fax 909.862.6648

Inland Dental Center se complace en anunciar su participación en un nuevo sistema de confirmación de citas de alta tecnología.
Aprovecharemos la tecnología disponible, utilizando correos electrónicos y mensajes de texto.

Para que podamos lograr esto necesitamos la siguiente información:

Nombre: _____

Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Gracias

FORMULARIO PARA LA HISTORIA DE SALUD

Email

Fecha de hoy

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>	
Apellido	Nombre	2o Nombre	()	()	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Dirección postal				Código postal:	
Ocupación:		Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
SS# o ID del Paciente:		Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: ()	Teléfono celular: ()
				<i>Incluya código del área</i>	
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?					
Su Nombre		Parentesco			
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas: (Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)					
Tuberculosis activa				Sí	No NS
Tos persistente de más de 3 semanas de duración				☐	☐
Tos que produce sangre				☐	☐
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis				☐	☐
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.					

Información Dental

En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?.....	☐	☐	☐	Sufre de dolor de oídos o del cuello?	☐	☐	☐
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? .	☐	☐	☐	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	☐	☐	☐
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?.....	☐	☐	☐	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?.....	☐	☐	☐
Sufre de boca seca?	☐	☐	☐	Tiene lesiones o úlceras en su boca?	☐	☐	☐
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	☐	☐	☐	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	☐	☐	☐
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	☐	☐	☐	Participa en actividades enérgicas de recreación?	☐	☐	☐
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	☐	☐	☐	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	☐	☐	☐
Está fluorada el agua que llega a su casa?	☐	☐	☐	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	☐	☐	☐	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Sí es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo:				Fecha de su última radiografía dental:			
A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE							
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	☐	☐	☐				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	☐	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?.....	☐	☐	☐
Médico:				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre							
Dirección/Ciudad/Estado/Código:							
Se encuentra usted sano/a?	☐	☐	☐	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?	☐	☐	☐
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?.....	☐	☐	☐	Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Si es así, qué condición le están tratando?							
Fecha de su último examen médico:							

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)								
Sí	No	NS	Sí	No	NS	Sí	No	NS
☐	☐	☐	Usa lentes de contacto?	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....	☐	☐	☐	☐	☐
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?.....			Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, mastica bidis)?..... Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA					
☐	☐	☐	Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget?	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico?	☐	☐	☐	SÓLO PARA MUJERES Está usted:	
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____			Embarazada?..... Número de semanas:..... Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?..... Amamantando?.....					
☐	☐	☐	Alergias - Es usted alérgico - o ha tenido alguna reacción - a: En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Anestésicos locales	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Aspirina	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Penicilina u otros antibióticos	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Sulfas	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Codeína u otros narcóticos	☐	☐	☐	☐	☐
Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.								
☐	☐	☐	Válvula cardíaca artificial (prótesis).....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Previa endocarditis infecciosa.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Válvulas dañadas en corazón transplantado.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Enfermedad cardíaca congénita (ECC)	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	ECC cianótica, sin reparar.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	ECC reparada con defectos residuales	☐	☐	☐	☐	☐
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.								
☐	☐	☐	Enfermedad cardiovascular.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Angina	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Arterioesclerosis	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Insuficiencia cardíaca congestiva.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Daño en las válvulas cardíacas.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Infarto del miocardio.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Soplo en el corazón.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Presión arterial baja	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Presión arterial alta.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Otros defectos congénitos del corazón	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Prolapso de la válvula mitral	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Marcapasos.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Fiebre reumática.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Enfermedad cardíaca reumática	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Sangramiento anormal	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Anemia	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Transfusión sanguínea	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Si es así, fecha:	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	SIDA o infección por VIH	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Artritis.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Enfermedad autoinmune	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Artritis reumatoidea	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Lupus eritematoso sistémico.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Asma	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Bronquitis.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Enfisema	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Sinusitis.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Tuberculosis.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Dolores de pecho por esfuerzo.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Dolor crónico.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Diabetes Tipo I o II	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Trastornos de alimentación.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Malnutrición	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Enfermedad gastrointestinal	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Reflujo G.E./ardor persistente	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Úlceras	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Alteraciones de la tiroides	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Derrame cerebral.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Epilepsia.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Desmayos o convulsiones.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Desórdenes neurológicos.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Si es así, especifique:	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	ADHD/ADD	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Autismo/ASD	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Desorden del sueño.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Trastornos de salud mental.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Especificar:	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Infecciones recurrentes.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Tipo de infección:	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Problemas de riñon.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Sudores nocturnos.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Osteoporosis.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Glándulas hinchadas persistentes en el cuello.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Dolores de cabeza / migrañas severos.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Pérdida de peso severa o rápida.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Enfermedades de transmisión sexual.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Orinar excesivamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?	☐	☐	☐	☐	☐
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:			Teléfono:					
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?								
Explique por favor:								

DEBE SER COMPLETADO

Revisado por el Doctor

X

Fecha de revisión

NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado:

Fecha

SOLO USO DE OFICINA - EL CUESTIONARIO DE SALUD DEBE ACTUALIZARSE CADA AÑO

Año 2 - Cambios en la salud

Fecha

Revisado por:

Año 3 - Cambios en la salud

Fecha

Revisado por:

Año 4 - Cambios en la salud

Fecha

Revisado por:

Año 5 - Cambios en la salud

Fecha

Revisado por:

INLAND DENTAL CENTER HIGHLAND

Divulgación y Autorización de Rayos X – Nuevos Pacientes

Como parte de su examen dental integral, se tomará una **Serie Completa de Rayos X (FMX) (CDT D0210)**. La mayoría de los planes dentales cubren la **Serie Completa al 100%**, sujeto a las limitaciones de frecuencia de su plan.

Además, el doctor recomienda una **Radiografía Panorámica (CDT D0330)** para evaluar áreas que no son completamente visibles en la Serie Completa. Esta radiografía permite detectar **anormalidades, patologías, condiciones de la mandíbula, dientes impactados y sirve como evaluación para la detección de cáncer oral.**

Tenga en cuenta que los planes dentales no cubren una **Serie Completa de Rayos X y una Radiografía Panorámica tomadas el mismo día de servicio**. Para garantizar una evaluación diagnóstica completa, Inland Dental Center Highland ofrece la Radiografía Panorámica por una tarifa reducida de **\$35.00**.

Consentimiento del Paciente

- ☐ **SÍ**, autorizo la toma de la Radiografía Panorámica y **acepto el cargo reducido de \$35.00**.
☐ **NO**, no autorizo la Radiografía Panorámica en este momento.

Nombre del Paciente (letra de molde): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957



6982 Boulder Ave, Highland, CA 92346
909.862.2121 • Fax 909.862.6648

En Inland Dental Center, creemos que usted merece la mejor atención. Es por eso que siempre le presentamos la mejor solución dental posible para tratar su situación personal. Cada año brindamos atención dental excepcional a cientos de pacientes. Algunos tienen beneficios dentales, pero otros no. Si tienes beneficios dentales, ¡felicidades! Eres muy afortunado. Aquí hay algunas cosas importantes que debe saber.

Sus beneficios dentales se basan en un contrato firmado entre su empleador y una compañía de seguros. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales, comuníquese directamente con su compañía de seguros. Los planes de beneficios dentales nunca pagarán la finalización de su cuidado dental. Es solo un para ayudarte.

Actualmente aceptamos todos los planes de seguro de atención privada y la mayoría de los planes de atención administrada. Esto significa que trabajamos literalmente con miles de empresas. Aunque podemos mantener las historias computarizadas de pago por una compañía determinada, sí cobran; por lo tanto, es imposible darle una cotización garantizada en el momento del tratamiento. "Estimamos" su parte en función de la información más actualizada que tenemos, pero es SOLAMENTE UNA ESTIMACIÓN. Si desea conocer el beneficio exacto de su seguro, nos complacerá presentarle una "Autorización previa al tratamiento" a su compañía de seguros antes del tratamiento. Esto no demora el tratamiento, pero le proporcionará las cifras exactas de desembolso que pueda necesitar.

Le facturamos a su seguro como una "cortesía". Si su seguro no paga dentro de los 90 días, Inland Dental Center se reserva el derecho de solicitarle el pago completo de los servicios y le permitirá cobrar los fondos del seguro que le deben. Esto es raro, pero es importante que reconozca que el seguro que tiene es un contrato legal entre USTED y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es, y no puede ser, una parte de ese contrato legal. En última instancia, usted es responsable de todos los cargos incurridos en nuestra oficina.

Inland Dental Center no requiere un pago completo de su parte en el momento del tratamiento. Aceptamos MasterCard, Visa, American Express, Discover, efectivo y cheques (para pacientes existentes con un historial de pagos establecido). Si necesita una opción de financiamiento extendido, también trabajamos con "Care Credit", una compañía que ofrece 12 - mes "igual a efectivo" o plazos más largos con un cargo rotativo que rompe intereses diseñado para satisfacer las necesidades de su plan de tratamiento con un crédito aprobado. Simplemente solicite una solicitud a uno de nuestro personal de servicio al paciente.

Citas interrumpidas: Le reservamos una cantidad de tiempo específica y le recomendamos encarecidamente a todos los pacientes que asisten a sus citas. Si debe cambiar su cita, requerimos al menos un aviso de 24 horas para evitar una tarifa de cita rota (las emergencias son una excepción).

Le damos la bienvenida a nuestra familia y esperamos poder ayudarlo a obtener una sonrisa hermosa y saludable que siempre ha querido. Si hay algo que podamos hacer para que sus visitas sean más placenteras, no dude en preguntar a uno de los miembros de nuestro personal.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____



6982 Boulder Ave, Highland, CA 92346
909.862.2121 • Fax 909.862.6648

Inland Dental Center

Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad

****Puede negarse a firmar este Reconocimiento****

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Imprimir Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sólo para uso de Oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- ☐ El individuo se niega a firmar
- ☐ Prohibida la comunicación con las barreras para obtener el reconocimiento
- ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento.
- ☐ Otros (especificar)



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 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 trámites o completar actividades comerciales.

Por ejemplo, podemos usar una hoja de registro en recepción donde usted anota su nombre. Llamaremos por su nombre en el área de recepción cuando el doctor esté listo para atenderlo y él 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 o 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 protejeran la privacidad de su información de salud.

Nosotros usaremos o revelaremos su información confidencial, cuando sea necesario enviarle una carta o información referente a otros servicios que ofrecemos. También podríamos enviarle información acerca de productos o servicios que creamos sean para su beneficio. Usted puede contactar nuestra oficina y el funcionario le ayudará 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 revelarle 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 está 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.

Respalamos 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

INLAND DENTAL CENTER

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida, proporcionar a las personas un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información, y notificar a las personas afectadas después de una vulneración de información médica protegida no asegurada. Debemos cumplir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigor el 01/01/2016 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 de hacer que las nuevas disposiciones del Aviso sean aplicables a toda la información médica protegida que mantenemos. Cuando hagamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este Aviso, publicaremos el nuevo Aviso de manera clara y visible en el consultorio y proporcionaremos copias del nuevo Aviso cuando se soliciten.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros usando la información indicada al final del Aviso.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Podemos usar y divulgar su información médica para distintos fines, incluidos el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías, proporcionamos una descripción y un ejemplo. Cierta información, como la relacionada con el VIH, la información genética, los expedientes de abuso de alcohol o sustancias y los expedientes de salud mental, puede tener protecciones especiales de confidencialidad conforme a las leyes estatales o federales aplicables. Cumpliremos dichas protecciones especiales cuando correspondan a casos que involucren estos tipos de expedientes.

Tratamiento. Podemos usar y divulgar su información médica para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgarla a un especialista que le esté brindando tratamiento.

Pago. Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el reembolso del tratamiento y los servicios que usted recibe de nosotros o de otra entidad involucrada en su atención. Las actividades de pago incluyen facturación, cobranzas, administración de reclamaciones y determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago de usted, una compañía de seguros u otro tercero. Por ejemplo, podemos enviar reclamaciones a su plan dental que contengan determinada información médica.

Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, estas operaciones incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, programas de capacitación y actividades de acreditación o licenciamiento.

Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención. Podemos divulgar su información médica a familiares, amigos u otra persona que usted identifique cuando participen en su atención o en el pago de esta. Asimismo, podemos divulgar información sobre usted a un representante del paciente. Si una persona tiene autoridad legal para tomar decisiones de atención médica por usted, trataremos a ese representante del mismo modo que lo trataríamos a usted con respecto a su información médica.

Ayuda en casos de desastre. Podemos usar o divulgar su información médica para colaborar en labores de ayuda en casos de desastre.

Exigido por la ley. Podemos usar o divulgar su información médica cuando la ley nos obligue a hacerlo.

Actividades de salud pública. Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública, incluidas las divulgaciones para: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar abuso o negligencia infantil; informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos; notificar a una persona acerca del retiro, reparación o reemplazo de productos o dispositivos; notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o afección; o notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Seguridad nacional. En determinadas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares información médica del personal de las Fuerzas Armadas. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información médica necesaria para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

Journal of Management Inquiry 20(6) 798-814

nacional. Podemos divulgar a una institución correccional o a un funcionario del orden público que tenga custodia legal la información médica protegida de un recluso o paciente.

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Divulgaremos su información médica al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando se requiera para investigar o determinar el cumplimiento de HIPAA.

Compensación para trabajadores. Podemos divulgar su información médica protegida en la medida autorizada y necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación para trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar su información médica protegida para fines de cumplimiento de la ley según lo permita HIPAA, según lo exija la ley o en respuesta a una citación u orden judicial.

Actividades de supervisión médica. Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia de supervisión para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación, según sea necesario para el otorgamiento de licencias 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 usted participa en una demanda o controversia, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal iniciado por otra persona involucrada en la controversia, pero únicamente si la parte solicitante o nosotros hemos hecho esfuerzos para informarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Investigación. Podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o una junta de privacidad que haya revisado la propuesta y establecido protocolos para proteger la privacidad de su información.

Forenses, médicos forenses y directores de funerarias. Podemos entregar su información médica protegida a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información médica protegida a directores de funerarias, conforme a la ley aplicable, para que puedan desempeñar sus funciones.

Recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre nuestras actividades patrocinadas, incluidos programas de recaudación de fondos, según lo permita la ley. Si no desea recibir esta información, puede optar por no recibir dichas comunicaciones.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con algunas excepciones, se requiere su autorización para divulgar notas de psicoterapia, usar o divulgar información médica protegida con fines de mercadotecnia y vender dicha información. También obtendremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su información médica protegida para fines distintos de los indicados en este Aviso, o de los permitidos o exigidos por la ley. Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación escrita, dejaremos de usar o divulgar su información médica protegida, salvo en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en la autorización.

SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Acceso. Tiene derecho a revisar u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Debe presentar la solicitud por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto al final de este Aviso. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que aparece al final. Si solicita información que mantenemos 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 pueden producirse fácilmente. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo de los materiales y la mano de obra de copiado, así como el franqueo si desea que se le envíen copias por correo. Comuníquese con nosotros para obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas. Si se niega una solicitud de acceso, tiene derecho a que la negativa sea revisada conforme a la ley aplicable.

Registro de divulgaciones. Salvo determinadas divulgaciones, tiene derecho a recibir un registro de las divulgaciones de su información médica conforme a las leyes y regulaciones aplicables. Para solicitarlo, debe enviar una solicitud por escrito al Encargado de Privacidad. Si solicita este registro más de una vez durante un período de 12 meses, podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de responder a las solicitudes adicionales.

Derecho a solicitar una restricción. Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica protegida mediante una solicitud escrita al Encargado de Privacidad. Su solicitud debe incluir: (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, nuestra divulgación o

ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sea a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica y la información corresponda únicamente a un artículo o servicio de atención médica que usted, o una persona en su nombre que no sea el plan de salud, haya pagado en su totalidad a nuestro consultorio.

Comunicación alternativa. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. Debe presentar la solicitud por escrito, especificar el medio o lugar alternativo y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos conforme a su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted por los medios o lugares solicitados, podemos usar la información que tengamos.

Enmienda. Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica. Su solicitud debe presentarse por escrito y explicar por qué debe modificarse la información. Podemos negar su solicitud en determinadas circunstancias. Si la aceptamos, enmendaremos sus expedientes y se lo notificaremos. Si la negamos, le proporcionaremos una explicación escrita de la negativa y de sus derechos.

Derecho a recibir notificación de una vulneración. Recibirá notificaciones de las vulneraciones de su información médica protegida no asegurada según lo exija la ley.

Aviso electrónico. Puede recibir una copia impresa de este Aviso cuando la solicite, aunque haya aceptado recibirlo 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, comuníquese con nosotros. Si le preocupa 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 para enmendar o restringir su uso o divulgación, o para comunicarnos con usted por medios o en lugares alternativos, puede presentar una queja ante nosotros usando la información de contacto al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. A solicitud, le proporcionaremos la dirección para presentar dicha queja. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nuestra Encargada de Privacidad: Debbie Canu

Teléfono: (949) 600-7046 Fax: (949) 600-9899

Dirección: 27 Spectrum Pointe Drive, Suite 308, Lake Forest, CA 92630

Correo electrónico: dcanu@socaldentalpartners.com

IDC Heritage Court - 44100 Jefferson Street, Suite 404, Indio, CA 92201 - (760) 772-0214

IDC Highland - 6982 Boulder Ave, Highland, CA 92346 - (909) 862-2121

IDC San Bernardino - 362 E. Vanderbilt Way, San Bernardino, CA 92408 - (909) 384-1111

1. The first step in the process of identifying a problem is to define the problem. This involves identifying the symptoms of the problem and determining the scope of the problem. Once the problem has been defined, the next step is to identify the causes of the problem. This involves identifying the factors that are contributing to the problem and determining the underlying causes. Once the causes have been identified, the next step is to develop a plan to address the problem. This involves identifying the actions that need to be taken to address the problem and determining the resources that will be needed to implement the plan. Finally, the last step in the process is to implement the plan and monitor the results. This involves putting the plan into action and tracking the progress of the plan to ensure that the problem is being addressed effectively.

1. The first step in the process of identifying a problem is to define the problem. This involves identifying the symptoms of the problem and determining the scope of the problem. Once the problem has been defined, the next step is to identify the causes of the problem. This involves identifying the factors that are contributing to the problem and determining the underlying causes. Once the causes have been identified, the next step is to develop a plan of action. This involves identifying the steps that need to be taken to solve the problem and determining the resources that will be needed to implement the plan. Once a plan of action has been developed, the next step is to implement the plan. This involves carrying out the steps that have been identified in the plan and monitoring the progress of the implementation. Finally, the last step in the process is to evaluate the results of the implementation. This involves determining whether the problem has been solved and whether the resources have been used effectively.

1. The first step in the process of identifying a problem is to define the problem. This involves identifying the symptoms of the problem and determining the scope of the problem. Once the problem has been defined, the next step is to identify the causes of the problem. This involves identifying the factors that are contributing to the problem and determining the underlying causes. Once the causes have been identified, the next step is to develop a plan to address the problem. This involves identifying the actions that need to be taken to address the problem and determining the resources that will be needed to implement the plan. Finally, the last step in the process is to implement the plan and monitor the results. This involves putting the plan into action and tracking the progress of the plan to ensure that the problem is being addressed effectively.

[illegible]

1. The Commission has received information from the Government of the United States of America that the United States has been providing military and financial assistance to the Government of the Republic of the Philippines in the form of arms, ammunition, and other military equipment, and that the United States has been providing financial assistance to the Government of the Republic of the Philippines in the form of grants and loans.
