

# AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE. CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD.

## NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información de salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que describimos en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003, y continuará vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dicha ley aplicable permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer ningún cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible a pedido.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

## USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos la información de salud acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos utilizar su información de salud para tratamiento o divulgarla a un dentista, médico u otro especialista médico que le dé tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted. También podemos divulgar su información de salud a otro proveedor o entidad de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad en cuanto a sus pagos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información de salud para sus operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejoría, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud, evaluación de practicantes y desempeño de proveedores, programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades para obtener credenciales. Podemos divulgar su información de salud a otro proveedor u organización de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad y que tenga una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones de atención médica. Podemos divulgar su información para ayudar a estas organizaciones a realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejorías, evaluar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, o a detectar o prevenir el fraude y abuso en lo que respecta a la salud.

**Acerca de su autorización:** Puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquiera para algún fin. Si no entrega una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgación que permita su autorización mientras esté vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

**A su familia y amigos:** Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención. Antes de divulgar su información de salud a estas personas, le daremos la oportunidad de objetar al uso o a la divulgación. Si no está presente, o en caso de que tenga una incapacidad o emergencia, divulgaremos su información de salud basándonos en nuestro juicio profesional o en que la divulgación sea lo que más le convenga a usted. Podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de lo que más le conviene al permitir a una persona recoger medicamentos recetados, suministros médicos, radiografías u otros artículos con información de salud. Podemos usar o divulgar información acerca de usted para notificar o asistir en la notificación de una persona que participe en su atención, de su ubicación y estado general.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

**Recuperación de desastres:** Podemos usar o divulgar su información de salud a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos a asistir en labores de recuperación de desastres.

**Beneficio público:** Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los fines siguientes considerados de interés o beneficio público:

- según lo exija la ley;
- para actividades de salud pública, incluidos informes de enfermedades y estadísticas vitales, informes de abuso infantil, supervisión de la FDA y a empleadores en lo que respecta a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo;
- para informar abuso de un adulto, negligencia o maltrato doméstico;

- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;
- a oficiales de policía en cuanto a citaciones judiciales y otros procesos legales, referentes a víctimas de delitos, muertes sospechosas, crímenes en nuestro recinto, informar crímenes en emergencias, y para fines de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
- a investigadores, médicos forenses y agentes funerarios;
- a organizaciones de consecución de órganos;
- para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad,
- en relación con ciertas actividades de investigación;
- a las fuerzas armadas y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;
- a instituciones correccionales en cuanto a reos; y
- según lo autoricen las leyes de compensación de trabajadores del estado.

## DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede pedirnos que le entreguemos copias en otros formatos, no solamente fotocopias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo en forma práctica. Puede pedir por escrito obtener acceso a su información de salud. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si pide copias, le cobraremos un costo razonable que puede incluir mano de obra, costos de copias y franqueo. Si pide un formato alternativo, le cobraremos un costo por darle información de salud en ese formato. Si lo prefiere, podemos preparar, aunque no estamos obligados a hacerlo, un resumen o una explicación de su información de salud con un cargo. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso para recibir más información sobre los cobros.

**Divulgaciones efectuadas:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en que nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud en los últimos 6 años (pero no antes del 14 de abril de 2003). Dicha lista no incluirá divulgaciones para pago de tratamientos, operaciones de atención médica; según lo autorice usted, y para ciertas otras actividades. Si solicita estos datos más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle un costo razonable por responder a estas solicitudes adicionales. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final del aviso para recibir más información sobre los cobros.

**Restricción:** Usted tiene derecho a pedir que coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No se nos exige aceptar estas restricciones adicionales, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (salvo en caso de emergencia). Todo acuerdo que aceptemos de restricciones adicionales debe estar por escrito y firmado por una persona autorizada para validar este acuerdo en nuestra representación. Su solicitud no es obligatoria a menos que nuestro acuerdo sea por escrito.

**Otros tipos de comunicación:** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otros lugares. Debe hacer su petición por escrito. Debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a cómo pagará por estos otros medios o la otra ubicación que pide.

**Enmienda:** Tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos enmendar la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso.

Si cree que:

- podemos haber violado sus derechos de privacidad,
- tomamos una decisión sobre el acceso a su información de salud incorrectamente,
- nuestra respuesta a una petición que hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud fue incorrecta, o
- debemos comunicarnos con usted por otros medios o en otros lugares,

puede dirigirse a nosotros usando la información indicada más abajo. Puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Le daremos la dirección donde presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services) si la solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Contacto de la oficina del proveedor:

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

**MASTERS DENTAL CARE**

DR. ATUL MASTERS

Family Dentistry



Arlington  
512 Park Row Dr.  
Arlington, TX 76010  
(817) 275-2636

Ft. Worth  
1612 N.W. 28th St.  
Ft. Worth, TX 76106  
(817) 625-2636

**FORMA PARA LA INFORMACION DE PACIENT**

**FAVOR DE IMPRENTAR:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **ZONA POSTAL:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO (CASA):** \_\_\_\_\_ **TELEFONO (TRABAJO):** \_\_\_\_\_

**OCCUPACION:** \_\_\_\_\_ **DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**PROPOSITO DE SU VISITA:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL (CIRCULE UNO) SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A)**

**NOMBRE DE ESPOSO(A):** \_\_\_\_\_ **OCCUPACION:** \_\_\_\_\_

**TIENE ASEGURANZA?** \_\_\_\_\_ **SI, SI NOMBRE DE ASEGURANZA:** \_\_\_\_\_

**METODO DE PAGO POR SERVICIOS DENTALES**

SE DEBE PAGAR TODO TRATAMIENTO DENTAL COMPLETO CUANDO SERVICIO ES DADO CON UNO DE LOS SIGUIENTES (POR FAVOR MARQUE):    EFFECTIVO \_\_\_\_\_    TARJETA DE CREDITO \_\_\_\_\_    CHEQUE \_\_\_\_\_

YO POR LA PRESENTE CONCEDO A **DR. ATUL MASTERS D.D.S.** LA AUTORIDAD DE ADMINSTRAR CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL, ADMINSTRAR ANESTECIA LOCAL Y EJECUTAR OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES QUE SEAN REQUERIDOS O ACONSEJABLES.

OCCASIONALMENTE COMPLICACIONES PUEDEN OCURRIR CUANDO CIRUGIA ESTE EN PROCEDIMIENTO. ESTO INCLUYE INCHASON, SANGRADO, INFECCION, DIENTE O HUESO FRACTURADO, MANDIBULA FRACTURADO, INCAPASIDAD DE ABRIR LA BOCA TOTALMENTE Y DESCOLORACION EN LA PIEL.

ALGUNOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA ORAL INCLUYEN LA ADMINISTRACION DE UNA ANESTECIA LOCAL PUEDE CAUSAR QUE SE DUERMAN LOS LABIOS, LENGUA, ENCIA O BARBA. EN LA MAYORIA DE CASOS LO DORMIDO ES TEMPORAL, EN CASO MY RAROS PUEDE SER PERMANENTE.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

(POR FAVOR LLENAR ATRAS)

## INFORMACION MEDICA

1. ESTA EN BUENA SALUD?.....SI NO
2. ESTA RECIVIENDO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO?.....SI NO
3. ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO?.....SI NO  
SI, RESPONDIO SI POR FAVOR EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

---

4. HA EXPERIMENTADO ALGUNA COSA DE LOS SIGUIENTES: .....

  - a. ENFERMEDAD DEL CORAZON.....SI NO
  - b. ALTA PRESION.....SI NO
  - c. DIABETES.....SI NO
  - d. ENFERMEDAD DE PULMONES O ASTHMA.....SI NO
  - e. FIEBRE RHEUMATICA.....SI NO
  - f. HEPATITIS O PROBLEMAS DEL HIGADO.....SI NO
  - g. ENFERMEDAD DE LA SANGRE.....SI NO
  - h. ENFERMEDAD DEL RINON.....SI NO
  - i. GLAUCOMA.....SI NO
  - j. TUBERCULOSIS.....SI NO
  - k. MURMURA DEL CORAZON.....SI NO
  - l. SIDA.....SI NO
  - m. ANEMIA.....SI NO
  - n. CONVULSIONES.....SI NO
  - o. EPILEPSIA.....SI NO
  - p. TUMORES/CANCER.....SI NO
  - q. SU ENCIA SANGRA?.....SI NO
  - r. USTED CREE QUE TIENE MAL ALIENTO EN LA BOCA?.....SI NO
  - s. USTED QUISIERA TENER SUS DIENTES MAS BLANCOS?.....SI NO
  - t. ESTA CONTENTO CON LA APARIENCIA DE SUS DIENTES?.....SI NO
  - u. ALGUNOS PROBLEMAS MEDICOS NO EN LA LISTA?.....SI NO  
SI, SI EXPLIQUE POR FAVOR: \_\_\_\_\_

---

5. TIENE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO?.....SI NO  
SI, SI EXPLIQUE POR FAVOR: \_\_\_\_\_

---

6. HA ESTADO MALO O HOSPITALIZADO RECIENTEMENTE?.....SI NO
7. (MUJERES) ESTA EMBARAZADA?.....SI NO  
SI, SI CUANTOS MESES: \_\_\_\_\_

---

8. POR FAVOR PONGA EL NOMBRE Y DIRECCION DE SU MEDICO: \_\_\_\_\_

---

TODA LA INFORMACION MEDICA ESTA CORRECTA

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_