

## CUÉNTANOS UN POCO DE INFORMACIÓN SOBRE TU HIJO

APELLIDO DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
NOMBRE PREFERIDO DEL NIÑO: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  Otro Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ Raza/Etnia: \_\_\_\_\_  
Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_  
Otros hermanos (nombres y edades): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal de este niño?: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE O TUTOR LEGAL

APELLIDO DEL PADRE \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
APELLIDO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer su recomendación? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el propósito de la visita de hoy? \_\_\_\_\_  
¿Es esta la primera visita al dentista de su hijo?  Sí  No Si la respuesta es no, indique la fecha de la última visita al dentista y (nombre del dentista) \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido alguna vez un encuentro o problema grave / difícil con el tratamiento dental?  Sí  No  
Si su respuesta fue si, favor de explicarlo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## POR FAVOR CUÉNTENOS SOBRE EL HISTORIAL MÉDICO Y DENTAL DE SU HIJO

Aunque el personal dental trata principalmente las áreas dentro y alrededor de la boca de su hijo, la boca de su hijo es parte del cuerpo entero de su hijo. Los problemas de salud que su hijo pueda tener, o los medicamentos que su hijo pueda estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología. Su hijo recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o ha sido operado?  No Si la respuesta es Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo alguna vez una lesión grave en la cabeza o el cuello?  No Si la respuesta es Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Está tomando su hijo algún medicamento, píldora o droga?  No Si la respuesta es Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo sigue una dieta especial?  No Si la respuesta es Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo es alérgico a alguna de las siguientes sustancias?  No Si la respuesta es Sí, marque la casilla correspondiente y explique a continuación:

- |                                   |  |                                     |                                     |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acrílico | <input type="checkbox"/> Codeína             | <input type="checkbox"/> Metal      | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Penicilina | _____                               |

Explique en detalle las alergias (o alergias) conocidas: \_\_\_\_\_

### DOES YOUR CHILD HAVE (OR HAD) ANY OF THE FOLLOWING CONDITIONS?

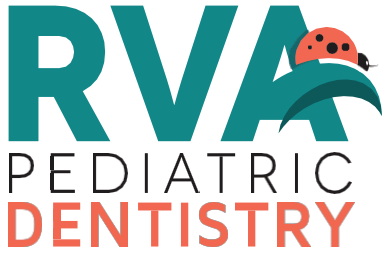
<p><i>NO Sí TDAH</i></p> <p><i>NO Sí SIDA / VIH +</i></p> <p><i>NO Sí Anafilaxia</i></p> <p><i>NO Sí Anemia</i></p> <p><i>NO Sí Angina de pecho</i></p> <p><i>NO Sí Válvula cardíaca artificial</i></p> <p><i>NO Sí Articulación artificial</i></p> <p><i>NO Sí Síndrome de Asperger</i></p> <p><i>NO Sí Asma</i></p> <p><i>NO Sí Autismo</i></p> <p><i>NO Sí Trastornos hemorrágicos</i></p> <p><i>NO Sí Transfusión de sangre</i></p> <p><i>NO Sí Broncopulmonar</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Displasia</i></p> <p><i>NO Sí Bronquitis</i></p> <p><i>NO Sí Cáncer</i></p> <p><i>NO Sí Parálisis cerebral</i></p> <p><i>NO Sí Quimioterapia y / o radiación</i></p> <p><i>NO Sí Labio leporino</i></p> <p><i>NO Sí Labio y paladar hendido</i></p> <p><i>NO Sí Paladar hendido</i></p>	<p><i>NO Sí Herpes labial y / o Ampollas de fiebre</i></p> <p><i>NO Sí Corazón congénito</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Defecto</i></p> <p><i>NO Sí Trastorno cognitivo</i></p> <p><i>NO Sí Diabetes</i></p> <p><i>NO Sí Síndrome de Down</i></p> <p><i>NO Sí Eczema</i></p> <p><i>NO Sí Trastornos emocionales</i></p> <p><i>NO Sí Epilepsia / convulsiones</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Trastorno / convulsiones</i></p> <p><i>NO Sí Convulsiones febriles</i></p> <p><i>NO Sí Tubo de alimentación</i></p> <p><i>NO Sí Alergias a alimentos o medicamentos</i></p> <p><i>NO Sí Discapacidad auditiva</i></p> <p><i>NO Sí Problemas cardíacos</i></p> <p><i>NO Sí Soplo cardíaco</i></p> <p><i>NO Sí Hemofilia</i></p> <p><i>NO Sí Hepatitis A</i></p> <p><i>NO Sí Hepatitis B o C</i></p>	<p><i>NO Sí Herpes</i></p> <p><i>NO Sí Hipertensión</i></p> <p><i>NO Sí Hipoglucemia</i></p> <p><i>NO Sí Síndrome de Intestino irritable</i></p> <p><i>NO Sí Nefropatía</i></p> <p><i>NO Sí Leucemia</i></p> <p><i>NO Sí Enfermedad del hígado</i></p> <p><i>NO Sí Presión arterial baja</i></p> <p><i>NO Sí Enfermedad pulmonar</i></p> <p><i>NO Sí Migrañas</i></p> <p><i>NO Sí Prolapso de la válvula mitral</i></p> <p><i>NO Sí Mononucleosis</i></p> <p><i>NO Sí Paperas / Sarampión</i></p> <p><i>NO Sí Distrofia muscular</i></p> <p><i>NO Sí Ataques de pánico</i></p> <p><i>NO Sí El embarazo</i></p> <p><i>NO Sí Atención psiquiátrica</i></p> <p><i>NO Sí Enfermedad renal</i></p> <p><i>NO Sí Fiebre reumática</i></p>	<p><i>NO Sí Reflujo</i></p> <p><i>NO Sí Escarlatina</i></p> <p><i>NO Sí Alergias estacionales</i></p> <p><i>NO Sí Anemia drepanocítica</i></p> <p><i>NO Sí El rasgo de células Falciformes</i></p> <p><i>NO Sí Problemas de los senos Nasales</i></p> <p><i>NO Sí Discapacidad del habla</i></p> <p><i>NO Sí Espina bífida</i></p> <p><i>NO Sí Estómago / Intestinal Enfermedad</i></p> <p><i>NO Sí Dolor de ATM</i></p> <p><i>NO Sí Amigdalitis</i></p> <p><i>NO Sí Tuberculosis</i></p> <p><i>NO Sí Tumores / crecimientos</i></p> <p><i>NO Sí Úlceras</i></p> <p><i>NO Sí Infección del tracto urinario</i></p> <p><i>NO Sí Discapacidad visual</i></p>
---	--	--	--

¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente?  No Si la respuesta es Sí, explique: \_\_\_\_\_

A mi mejor saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas correctamente. Entiendo que retener información sobre el historial médico o proporcionar información incorrecta o inexacta puede ser peligroso para la salud del niño.

Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

Nos complace ayudarlo a obtener el máximo beneficio de su plan de seguro dental. Una vez que se haya identificado la cobertura de su plan, aceptaremos la forma de pago asignada de su compañía de seguros. La mayoría de los planes cubren una parte de la tarifa dental, lo que significa que usted será responsable de su deducible así como la porción que estimamos que su plan no cubrirá. Si su porción estimada usted recibirá una declaración o un reembolso. Se espera el pago de su porción antes de que se presten los servicios. Por favor envíenos una copia de su tarjeta de seguro. Es su exclusiva responsabilidad notificar a nuestra oficina comercial de cualquier cambio en su plan o póliza de seguro. Si su compañía de seguros no ha realizado el pago dentro de 45 días posteriores a la fecha del servicio, se le facturará en su totalidad cualquier saldo pendiente.

Seguro dental primario: \_\_\_\_\_ N. ° de grupo: \_\_\_\_\_ Identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (padre / madre / G): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Seguro dental primario: \_\_\_\_\_ N. ° de grupo: \_\_\_\_\_ Identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (padre / madre / LG): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo cubierto por alguno de los programas de seguro de Medicaid? No  Sí

Número de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es correcta y verdadero conocimiento y saber. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso a la salud de mi hijo. Autorizo a RVA Pediatric Dentistry a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mi hijo durante dicho cuidado dental a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Autorizo y solicito mi principal y / o compañías de seguros secundarias para pagar los beneficios directamente al dentista. Entiendo que mi (s) compañía (s) de seguro dental pueden pagar menos que el Factura actual por servicios. Doy mi consentimiento para el tratamiento de este niño. Entiendo que RVA Pediatric Dentistry no factura a un padre ausente y el pago de cualquier pago estimado vence al momento del tratamiento. También acepto asumir la responsabilidad financiera total por todo el tratamiento brindado y, si es necesario, costos de cobranza, honorarios de abogados y honorarios contingentes a las agencias de cobranza de no menos del 35% de sus facturas totales. Se agrega dicha tarifa de contingencia y recaudado por la agencia de cobranza inmediatamente después de su incumplimiento y nuestra referencia de su cuenta a dicha agencia de cobranza. Estás de acuerdo, en orden para que podamos dar servicio a su cuenta, notificarle información relacionada con su cuenta o afección médica, o para fines de recopilación, podemos contactarlo por teléfono a cualquier número proporcionado por usted, incluidos los números de teléfono móvil. También podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o mensaje de texto utilizando cualquier información de contacto que proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados y artificiales y / o el uso de un dispositivo de marcación automática.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

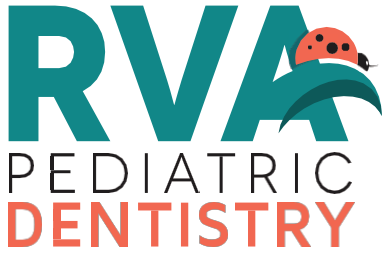
o tutor legal: (si el paciente es menor de 18 años)

1. Toda persona de dieciocho (18) años o más y mentalmente competente, podrá firmar sus consentimientos informados.
2. Si una persona es declarada incompetente por el sistema judicial y se ha designado un tutor legal, el tutor legal firmará los formularios de consentimiento. Se debe obtener una copia de la orden judicial que otorga la tutela legal y colocarla en el registro dental legal.
3. Los menores definidos como de diecisiete (17) años o menos tendrán sus consentimientos firmados por sus padres o tutores legales.
4. Los menores cuyos padres hayan destituidos sus derechos legales y el sistema judicial haya designado a otro tutor puede recibir información consentimiento firmado por su tutor. Se debe obtener una copia de la orden judicial que otorga la tutela legal y colocarla en el registro dental legal.
5. Los menores que están bajo tutela del estado, incluidas las adopciones pendientes, pueden tener consentimiento, firmado por un trabajador social que se les asigne legalmente por la corte.
6. El trabajador social será a través del Departamento de Recursos Humanos. Copia de la orden judicial que otorga autorización legal a se le colocará al trabajador la ficha dental legal.
7. Toda persona que firme el consentimiento informado de una persona mayor de edad debe tener una copia de la carta poder que le da permiso para firmar por ellos. Se debe colocar una copia de este documento legal en la ficha dental legal.
8. Toda persona considerada menor de edad debe estar acompañada a cada visita por un padre / tutor o una persona autorizada. Cualquier persona que no sea el padre / tutor que lleva a dicho menor a una cita debe estar mencionado por el padre / tutor legal.

Enumere a cualquier persona que tenga su permiso para llevar al paciente a su cita y tomar decisiones con respecto a su (s) hijo (s)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_



## POLÍTICAS FINANCIERAS Y DE SEGUROS

He recibido la póliza financiera y de seguro de odontología pediátrica de RVA que describe mi responsabilidad financiera hacia la atención prestados por los médicos de Odontopediatría RVA. **Entiendo que el padre o tutor legal que acompaña a mi hijo a Las citas será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios.**

### **ESTADOS DE AUTORIZACIÓN DENTAL/MEDICO**

Doy mi consentimiento para que los médicos de odontología pediátrica de RVA realicen un examen completa del paciente mencionado anteriormente. Incluyendo las radiografías de diagnóstico necesarias. Con mi mejor conocimiento y entender, la información que he proporcionado es precisa y entiendo que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y de acuerdo con todas las regulaciones federales y estatales de HIPAA. además, entiendo que es mi responsabilidad informar a la Odontología Pediátrica de RVA de cualquier cambio futuro en la información médica de mi hijo o novedad del historial. Como padre o tutor legal del paciente previamente nombrado, también otorgo a los médicos y al personal de RVA permiso de odontología pediátrica para realizar tratamientos futuros según se considere apropiado. Entiendo que todo el tratamiento necesario será explicado antes del empezar y que soy responsable del pago total en el momento en que se prestan los servicios, a menos que previos arreglos hayan sido aprobados.

### **LIBERACIÓN DE RECLAMACIÓN DE SEGURO Y ESTADO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Para precipitar la factura de esta y todas las futuras reclamaciones de seguros dentales, por la presente autorizo la divulgación de información confidencial a la compañía de seguro dental de mi hijo. Soy consciente de que RVA Pediatric Dentistry proporcionará una estimación de la cobertura del seguro antes de iniciar cualquier tratamiento futuro y que soy legalmente responsable de cualquier porción no pagada por esta poliza. Entiendo que se pueden acumular gastos de bolsillo adicionales si las estimaciones proporcionadas por mi compañía de seguros son inexactas o si los procedimientos cambian durante el curso del tratamiento. Además, soy consciente de mi responsabilidad financiera si mi seguro de póliza no paga, por cualquier motivo, dentro de los 45 días posteriores al haber recibido dicho tratamiento.

### **AUTORIZACIÓN PARA PAGO DIRECTO**

Por la presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a RVA Pediatric Dentistry o al dentista que realiza el tratamiento a mi hijo. Además, en caso de incumplimiento de pago por servicios prestados anteriormente, también acepto pagar todos los honorarios razonables de cobranza y / o legales incurridos en un intento de cobrar esta cantidad.

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL ACTO DE 1996**

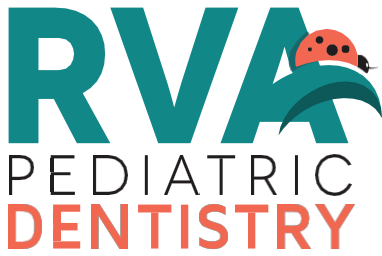
He leído el formulario titulado "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD" y entiendo su contenido con respecto a la privacidad de la información médica confidencial de mi hijo. Por la presente doy mi consentimiento para el uso estándar de dicha información y entiendo que estas disposiciones prohíben que RVA Pediatric Dentistry venda o transfiera esta información a cualquier lugar no autorizado sin mi previa autorización. He revisado esta información y todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción, satisfactoriamente.

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA O NO ASISTENCIA.**

Muchos pacientes esperan meses para sus citas con anticipación. Respetamos el tiempo de nuestros pacientes y reservamos sus citas de acuerdo a sus necesidades. Además, en caso de que se pierda una cita sin previo aviso con 24 horas de anticipación y / o la continuación de las citas perdidas sin previo aviso, nos reservamos el derecho de despedir al paciente de RVA Pediatric Dentistry.

**He leído y comprendido las políticas anteriores y las cumpliré.**

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades

**Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizado y divulgado y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención.**

### Tus derechos

Tienes derecho a:

- Obtener una copia de su registro médico en papel o electrónico
- Corregir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad se han violado

### Tus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información como nosotros:

- Cuénteles a sus familiares y amigos sobre su condición.
- Proporcionar ayuda en caso de desastre
- Incluirlo en un directorio de hospitales
- Brindar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Tratarle
- Dirigir nuestra organización
- Facturar sus servicios
- Ayuda con problemas de salud y seguridad pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley, y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

### Tus derechos

**Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Puede solicitar ver y obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### Pídanos que corriamos su historial médico

- Puede pedirnos que corriamos la información médica sobre usted que creo que es incorrecto o incompleto. Pregúntenos cómo hacer esto.

- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué en escribir dentro de los 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o para enviar correo a una dirección diferente.
- Diremos "Sí" a todas las solicitudes razonables.

#### Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No tenemos que aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su cuidado.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "Sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

#### Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contando) las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha que solicite, con quién lo compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertos otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le vamos a proporcionar una de forma gratuita por año, pero cobrará una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro 12 meses.

#### Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si han aceptado recibir el aviso electrónicamente. Te proporcionaremos con una copia en papel de inmediato.

#### Elija a alguien que actúe por usted

- Si le ha otorgado a alguien con una carta poder carta médica o si alguien su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos cualquier medida. Presente una queja si siente que se han violado sus derechos.
- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos al poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de EE. UU. Y Oficina de Servicios Humanos para los Derechos Civiles enviando una carta al 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Tus opciones

### Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones

sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara por cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucrado en su cuidado
- Compartir información en una situación de socorro en casos de desastre.
- Incluya su información en un directorio del hospital

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir un a amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos proporcione permiso escrito:

- Fines de mercado
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede informarnos no volver a contactarte.

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Normalmente usamos o compartimos su información médica en las siguientes formas.

#### Tratarle

Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

*Ejemplo: el doctor que lo esta atendiendo por una lesión, le pregunta a otro por si estado de salud.*

#### Dirige nuestra organización

Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

*Ejemplo: usamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

#### Factura por sus servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pago de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: damos información sobre usted a su seguro médico para que pague por sus servicios.*

### ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas. - generalmente de formas que contribuyan al bien público, como salud e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para más ver información:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

## Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad

## Hacer investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

## Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

## Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.

Podemos compartir su información médica con organizaciones de adquisiciones de órganos.

## Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información médica con un médico forense, médico examinador, o director de la funeraria cuando muere una persona.

## Contactar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otros solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- Para reclamos de indemnización laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

## Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a un tribunal u orden administrativa, o en respuesta a una citación.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no haya sido descrito aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si usted dice nosotros si podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Haznos saber por escrito si cambia de opinión.

## Para más información, ver:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)  
Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si se hace una solicitud previa, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

## Otras instrucciones de notificación

- Contacto en RVA:
- Nunca comercializaremos ni venderemos su información personal.