

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
¿Cómo desea que se dirijan a usted? \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

## Información sobre el seguro

Seguro primario	Seguro secundario
Nombre del suscriptor: _____	Nombre del suscriptor: _____
Ident. del suscriptor: _____	Ident. del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro	Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro
Nombre del empleador: _____	Nombre del empleador: _____
Teléfono del empleador: _____	Teléfono del empleador: _____
Compañía de seguros: _____	Compañías de seguros: _____
Grupo asegurador: _____	Grupo asegurador: _____
Teléfono del asegurador: _____	Teléfono del asegurador: _____

*Por favor presente su tarjeta del seguro a fin de fotocopiarla para nuestros expedientes.*

## Persona responsable (si el paciente es menor de edad)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Contacto para emergencias

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Teléfono (  Celular  Trabajo  Casa ): \_\_\_\_\_

## Consentimiento

Autorizo los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento dental que realice mi odontólogo, y autorizo revelar información sobre mi cuidado de salud (o de mi hijo/hija), consejos y tratamientos a otro odontólogo, o con la finalidad de evaluar y gestionar cualquier reclamo relacionado con los beneficios del seguro. Autorizo el pago directo de los beneficios de mi seguro médico al odontólogo o el grupo odontológico, y comprendo que mi seguro médico podría pagar menos que la factura por los servicios y que soy responsable por cualquier servicio que no pague o no cubra mi seguro médico, así como cualquier saldo que quede pendiente en mi cuenta.

**Certifico la veracidad de la información en esta página.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Persona responsable, si el paciente es menor de 18 años)

**POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN - GRACIAS**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2º nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial dental**

Motivo de la consulta de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de su última consulta dental: \_\_\_\_\_

Odontólogo anterior: \_\_\_\_\_ Fecha de sus radiografías dentales más recientes: \_\_\_\_\_

**Indique si tiene o ha tenido lo siguiente:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento  | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o amalgamas rotas  | <input type="checkbox"/> ¿Lesiones en el rostro, la boca o los dientes?<br>En caso afirmativo, explique: _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Ampollas en los labios o la boca   | <input type="checkbox"/> Dientes permanentes faltantes   | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido algún problema causado por un cuidado dental previo? En caso afirmativo, explique: _____                         |
| <input type="checkbox"/> Ardor en la lengua   | <input type="checkbox"/> Respira por la boca   | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a la novocaina o a anestésicos locales o generales? En caso afirmativo, explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastica por un solo lado de la boca  | <input type="checkbox"/> Óxido nítrico   | <input type="checkbox"/> ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____  |
| <input type="checkbox"/> Sequedad de la boca  | <input type="checkbox"/> Tratamiento de ortodoncia   | <input type="checkbox"/> ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____   |
| <input type="checkbox"/> Dientes permanentes adicionales  | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal   | <input type="checkbox"/> ¿Se automedica antes de someterse a un tratamiento dental? _____  |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de comida entre los dientes  | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la presión o a irritantes ( <i>frío, calor, dulces</i> ) |  |
| <input type="checkbox"/> Rechina los dientes  | <input type="checkbox"/> Tabaco sin humo   |  |
| <input type="checkbox"/> Aprieta los dientes  | <input type="checkbox"/> ¿Fuma actualmente o ha fumado?  |  |
| <input type="checkbox"/> Formaciones o llagas dolorosas en la boca                                      | Marque abajo las opciones que apliquen:  |  |
| <input type="checkbox"/> Encías hinchadas, adoloridas o sangrantes                                      | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente/poco   | <input type="checkbox"/> Promedio  |
| <input type="checkbox"/> Molestia o dolor de cabeza, cuello, mandíbula o articulaciones de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Mucho   | <input type="checkbox"/> Exfumador   |
|   | <input type="checkbox"/> ¿Antecedentes de apnea del sueño o ronquidos?                           |  |

**Preguntas adicionales para pacientes menores de 14 años:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD (déficit de atención/hiperactiva)  | <input type="checkbox"/> Llagas frecuentes en los labios o la boca                    | <input type="checkbox"/> Ha recibido previamente anestesia local |
| <input type="checkbox"/> Vacunas al día                              | <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas   | <input type="checkbox"/> Ha alcanzado la pubertad                |
| <input type="checkbox"/> Uso frecuente de biberón/Duerme con biberón | <input type="checkbox"/> Se chupa el pulgar o un dedo, o se chupa o muerde los labios |  |

**Historia médica**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_

**Indique si tiene o ha tenido lo siguiente:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Corazón o válvulas artificiales                         | <input type="checkbox"/> Apoplejía   | <input type="checkbox"/> ¿Tiene alergia o sensibilidad al látex?                    |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo                                 | <input type="checkbox"/> Corazón, prolapso de la válvula mitral                  | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies/tobillos/articulaciones   | <input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna alergia?<br>(Seleccione una o más):          |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis ( <i>seleccione el tipo</i> )                 | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides   | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno, sinusitis                                 |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos                                      | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Amigdalitis   | <input type="checkbox"/> Níquel   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre                              | <input type="checkbox"/> Herpes  | <input type="checkbox"/> ¿Le extirparon las amígdalas? fecha: _____  | <input type="checkbox"/> Nueces   |
| <input type="checkbox"/> Trastornos óseos                                     | <input type="checkbox"/> Hipertensión  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)   | <input type="checkbox"/> Otra, favor especificar: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia ( <i>incluye VIH/SIDA</i> )           | <input type="checkbox"/> Tumor o formación en la cabeza o el cuello  |   |
| <input type="checkbox"/> Farmacodependencia                                   | <input type="checkbox"/> Ictericia/Otro problema hepático                        | <input type="checkbox"/> Úlcera  | <input type="checkbox"/> ¿Tiene usted asma?   |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal  | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicada   | <input type="checkbox"/> Ha requerido hospitalización                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios                              | <input type="checkbox"/> Hipotensión   | <input type="checkbox"/> ¿Le han hecho transfusiones sanguíneas?<br>Fechas aproximadas: _____                      | <input type="checkbox"/> Usa esteroides   |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación, o hemorragias prolongadas | <input type="checkbox"/> Cuidado de enfermería                                   | <input type="checkbox"/> ¿Toma usted bebidas alcohólicas?  | <input type="checkbox"/> Fecha del último episodio: _____                           |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona                           | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia                                 | <input type="checkbox"/> ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico?                                     | <input type="checkbox"/> ¿Toma actualmente algún medicamento? Indique cuáles: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tos, persistente o con sangre                        | <input type="checkbox"/> Marcapasos  | <input type="checkbox"/> ¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias?   | <input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna otra condición o trastorno?<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Embarazada, fecha del parto: _____                      | <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?<br>Fecha aproximada de su última cirugía: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Enfisema   | <input type="checkbox"/> Tratamientos con radiación                              |  |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas endocrinos                                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria                                 |  |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones                               | <input type="checkbox"/> Enfermedad o fiebre reumática                           |  |   |
| <input type="checkbox"/> Desmayos o vértigo                                   | <input type="checkbox"/> Respiración entrecortada                                |  |   |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma   | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis                                  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                                    | <input type="checkbox"/> Estudios del sueño/CPAP                                 |  |   |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                                       | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica                                    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos                                  | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea  |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> Enfermedades o infecciones de transmisión sexual        |  |   |

MedHX Notes (OFFICE USE ONLY)

**Autorización y descargo de responsabilidad**

He leído y respondido las preguntas anteriores según mi leal saber y entender.

Firma del paciente/representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Aviso de prácticas de privacidad

### Su información. Sus derechos. Nuestra responsabilidad.

Este aviso describe cómo se podrá utilizar y revelar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor léalo detenidamente.

#### Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su expediente médico en formato impreso o electrónico.
- Corregir ciertos errores en su expediente médico.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Pedir que limitemos la información que compartimos en determinadas circunstancias.
- Obtener una lista de cualquier posible revelación de su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Designar una persona que actúe en nombre suyo.
- Presentar una queja si considera que sus derechos a la privacidad han sido violados.

#### Sus opciones

Usted cuenta con determinadas opciones sobre cómo usamos y compartimos información cuando hacemos lo siguiente:

- Informamos su condición a su familia y sus amigos.
- Proporcionamos ayuda en situaciones de desastre.
- Lo incluimos en el directorio de un hospital
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

#### Uso y revelación de su información

Podemos usar y compartir su información cuando hacemos lo siguiente:

- Le damos tratamiento.
- Administramos nuestra organización.
- Facturamos los servicios que le prestamos.
- Ayudamos a resolver problemas de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones.
- Cumplimos las leyes.
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o un director de funeraria.
- Atendemos casos de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y otras acciones legales.
- Le proporcionamos recordatorios de citas (como correos de voz, textos, tarjetas postales o cartas).

#### Sus derechos

Usted cuenta con ciertos derechos con respecto a su información de salud. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Cómo obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico

- Usted puede solicitar que se le muestre o se le entregue una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Usualmente entregamos una copia o un resumen de la información de salud en los siguientes 30 días de la solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos.

#### Cómo solicitar que corrijamos su expediente médico

- Usted puede solicitar que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros podremos denegar su solicitud, pero le informaremos la razón por escrito en los siguientes 60 días.

#### Cómo solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que enviemos su correspondencia a una dirección diferente.
- Aprobaremos toda solicitud que sea razonable.

#### Cómo solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Usted puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras gestiones. No estamos obligados a aprobar su solicitud, y podríamos denegarla si hacerlo afectaría su cuidado.
- Si usted paga de su bolsillo la totalidad de un servicio o un rubro de cuidado de la salud, puede solicitar que no compartamos dicha información para fines de pago o de nuestras gestiones con su asegurador de salud. Aprobaremos su solicitud a menos que la ley requiera que compartamos dicha información.

#### Cómo obtener una lista que indique con quiénes hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (relación) de las veces que hemos compartido su información de salud los seis años previos a la fecha de la solicitud, con quiénes la compartimos y por qué lo hicimos.
- Incluiremos toda revelación hecha, excepto las que se refieran a tratamientos, pagos y gestiones de cuidado de la salud, y ciertas revelaciones adicionales (como las que usted haya solicitado que revelemos). Le entregaremos una relación por año sin costo alguno, pero cobraremos una tarifa razonable, basada en costos, si vuelve a pedir otra relación en los siguientes 12 meses.

#### Cómo obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aun cuando haya aceptado recibirla de manera electrónica. Le entregaremos una copia impresa prontamente.

#### Cómo designar una persona para que actúe en nombre suyo.

- Si usted le ha entregado a alguien un poder notarial de representación médica o tiene un representante legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Comprobaremos que dicha persona tiene esta autoridad y que puede actuar por usted antes de emprender cualquier acción.

#### Cómo presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados.

- Si usted considera que hemos violado sus derechos, puede usar la información en la página 1 para contactarnos y presentar una queja.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a: *U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201*; o llamando al teléfono 1-877-696-6775, 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697, 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.

#### Sus opciones

Usted puede informarnos sus opciones sobre lo que podemos compartir con respecto a determinada información de salud. Hable con nosotros si tiene claras sus preferencias sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones que describimos más adelante.

## **Indique cómo quiere que procedamos y cumpliremos sus instrucciones.**

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de solicitar que hagamos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su cuidado.
- Compartir información en una situación de desastre.
- Incluir su información en el directorio de un hospital.

Si no puede comunicarnos su preferencia por alguna razón, como por ejemplo, por estar inconsciente, podremos proceder a compartir su información si consideramos que es lo que más le conviene. También podremos compartir su información cuando se necesite para paliar una amenaza grave o inminente para su salud o seguridad.

Nunca compartiremos su información en estos casos a menos que usted lo autorice por escrito:

- Para fines publicitarios.
- Para vender su información con fines de recaudación de fondos.
- Podríamos contactarle para fines de recaudación de fondos, pero usted puede solicitar que no volvamos a hacerlo.

## **Uso y revelación de su información**

¿Cómo usamos o compartimos usualmente su información de salud? Generalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

### **Tratamiento.**

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén atendiendo.

*Por ejemplo: Un médico que le atiende por una lesión le pregunta a otro médico acerca de su salud general.*

### **Administración de nuestra organización.**

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestro negocio, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Por ejemplo: Usamos su información de salud para gestionar su tratamiento y sus servicios.*

### **Facturación de los servicios que le prestamos**

Podemos usar y compartir su información de salud para fines de facturación y cobranza a los seguros médicos u otras entidades.

*Por ejemplo: Entregamos su información a su seguro médico para que pague los servicios prestados.*

## **¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud?**

Estamos autorizados a compartir, o se requiere que compartamos, su información de otras maneras, usualmente de maneras que contribuyan con el bienestar público, como para fines de salud pública o investigaciones. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de que se nos permita compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/).

## **Ayudamos a resolver problemas de seguridad y salud pública.**

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones relacionadas con:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda para retirar productos del mercado.
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos.
- Notificación de posibles actos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier individuo.

## **Investigaciones**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

## **Cumplimiento de la ley**

Compartiremos información sobre usted si lo requiere alguna ley estatal o federal, y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si necesita comprobar que estamos acatando las leyes federales de privacidad.

## **Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos.**

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de gestión de órganos.

## **Gestiones con un médico forense o un director de funeraria.**

Podemos compartir información de salud con un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

## **Atención de casos de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

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

## **Respondemos a demandas y otras acciones legales.**

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden penal o administrativa, o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- Las leyes requieren que velemos por la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos prontamente si ocurre una intrusión que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información sino de las maneras descritas en este documento a menos que usted nos instruya a hacerlo por escrito. Si nos autoriza a hacerlo, tendrá la opción de cambiar de parecer en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambia de parecer.

## **Para obtener información adicional, visite:**

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

## **Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y dichos cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible a petición en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo postal.

## **Organizaciones**

Este aviso de privacidad aplica a todas las entidades afiliadas que desempeñan actividades bajo el nombre de Great Expressions Dental Centers.

## **Contacto**

Oficial de Privacidad

Great Expressions Dental Centers

29777 Telegraph Rd., Suite 3000

Southfield, MI 48034

Teléfono: 888-SMILE-80 (888-764-5382)

Correo electrónico: [privacyofficer@greatexpressions.com](mailto:privacyofficer@greatexpressions.com)

**Fecha de vigencia de este aviso:** 19 de febrero de 2016

**Sección A: Información del paciente**

Nombre del paciente:

Número de paciente:

**Sección B: Acuse de recibo del *Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA***

**Aviso de prácticas de privacidad:** Nuestro aviso provee una descripción de nuestro tratamiento, actividades financieras y operaciones de salud, de cualquier uso y revelación que podríamos hacer con su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Adjuntamos una copia de nuestro *Aviso de prácticas de seguridad* a este *Acuse de recibo*. Le recomendamos que lea cuidadosamente todo el contenido del Aviso antes de firmar este *Acuse de recibo*.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestras prácticas de privacidad descritas en nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*. Si cambiamos los términos de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*, emitiremos un documento enmendado que reflejará los cambios. Dichos cambios podrían modificar cualquier aspecto de su información de salud protegida que conservamos en su expediente.

Para obtener una copia adicional de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*, con cualquier revisión que se le haya hecho, comuníquese con:

<b>Oficial de cumplimiento:</b>	Oficial de Privacidad
<b>Teléfono:</b>	888-SMILE-80 (888-764-5380)
<b>Email:</b>	privacyofficer@greatexpressions.com
<b>Dirección:</b>	29777 Telegraph Road, Suite 3000, Southfield, MI 48034

**Sección C: Firma**

Yo, \_\_\_\_\_ he tenido la oportunidad de leer y evaluar el contenido de este *Acuse de recibo* y del *Aviso de prácticas de privacidad*. Comprendo que al firmar este *Acuse de recibo*, autorizo a que se use y revele mi información de salud protegida de conformidad con los términos del *Aviso de prácticas de privacidad*.

Firma:

Fecha:

*Si un representante personal (padre, madre o tutor legal) firma este "Acuse de recibo" en nombre del paciente, debe proveer la siguiente información:*

Nombre del representante personal:

Relación con el paciente:

**Sección D: Solo para uso interno**

Intentamos obtener un acuse de recibo escrito de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*, pero no fue posible obtenerlo debido a lo siguiente:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La persona se negó a firmarlo                                      | _____ Inicial de la empleada/empleado |
| <input type="checkbox"/> Barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo     | _____ Inicial de la empleada/empleado |
| <input type="checkbox"/> Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo | _____ Inicial de la empleada/empleado |
| <input type="checkbox"/> Otro ( <i>favor especificar</i> ): _____                           | _____ Inicial de la empleada/empleado |

Firma:

Fecha:

*Usted tiene derecho a recibir una copia de este "Acuse de recibo" una vez que lo haya firmado.*

## Autorización de HIPAA para usar y revelar información de salud protegida

### Autorización para usar y revelar información.

Mediante la presente autorizo e instruyo a Great Expressions Dental Centers y a sus odontólogos asociados, proveedores, empleados, personal administrativo y agentes, incluyendo profesionales de atención médica afiliados (colectivamente "GEDC"), a usar y revelar mi "información de salud protegida" ("Información"), como se describe a continuación.

### Descripción de Información.

Comprendo que mi Información incluye, entre otros, mi nombre, fecha de nacimiento y otra información e identificadores personales (incluyendo mi dirección de residencia), información médica y dental, incluyendo información sobre la condición de mi salud y condiciones médicas relacionadas, mis expedientes médicos y dentales, e información financiera (incluyendo información sobre mi seguro), así como otra información personal obtenida por GEDC sobre mi persona o entregada por mí a GEDC.

### Propósitos:

Autorizo e instruyo a GEDC para que use mi Información y para que la revele para los siguientes fines:

- Comunicaciones publicitarias.** Por ejemplo, GEDC podrá comunicarse conmigo para informarme de productos, servicios o eventos nuevos si considera que podrían interesarme. GEDC también podrá comunicarse conmigo para fines de recaudación de fondos, publicidad y promoción mediante difusión en medios impresos o de otra índole, incluyendo Internet. Cabe destacar que GEDC podrá recibir remuneración, de manera directa o indirecta, a cambio de estas comunicaciones publicitarias.
- Para fines relacionados con tratamientos, pagos (p. ej., a un padre, un miembro de la familia u otro representante personal que ayude a coordinar mi cuidado) o gestiones de cuidado de la salud de GEDC, con las siguientes personas:**

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

Relación: \_\_\_\_\_

Número fónico: \_\_\_\_\_

### Tratamiento sin condiciones y firma voluntaria.

Comprendo que GEDC no pondrá condiciones para mi tratamiento a la firma de esta Autorización. Tengo la opción de no firmar esta Autorización sin que afecte mi derecho a recibir tratamiento. Además, si me rehúso a firmar esta Autorización, igual GEDC podrá usar y revelar mi información para fines de tratamiento (p. ej., a otros proveedores de atención médica), pagos (p. ej., a mi compañía de seguros), y gestiones de cuidado de la salud (p. ej., para auditorías internas), según lo permitan las leyes.

### Caducidad.

A menos que se revoque, esta Autorización caducará diez (10) años después de firmarla.

### Revocación.

Comprendo que tengo derecho a revocar esta Autorización entregando un aviso escrito que indique mi deseo de revocarla a: **Oficial de Privacidad, 29777 Telegraph Road, Suite 3000, Southfield, MI 48034**, o [privacyofficer@greatexpressions.com](mailto:privacyofficer@greatexpressions.com). Sin embargo, comprendo que dicha revocación no tendrá efecto sobre la Información que ya se haya usado o revelado de conformidad con esta Autorización.

### Posibilidad de revelación adicional.

Comprendo que GEDC podrá revelar de maneras adicionales la Información que ya ha revelado de conformidad con esta Autorización y que podría dejar de estar protegida por la *Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos* (HIPAA, por sus siglas en inglés), una ley federal de privacidad.

### Copia.

Comprendo que se me entregará una copia de esta Autorización firmada.

**Mediante la presente certifico que soy mayor de 18 años de edad, que he leído la información anterior y que comprendo plenamente su contenido.**

Nombre (*letra de molde*): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### **Firma del padre/madre/tutor legal/representante legal (requerida si el sujeto es menor de 18 años de edad)**

Describa la relación con el paciente: \_\_\_\_\_



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Great Expressions Dental Centers y sus empresas afiliadas, denominados colectivamente "GEDC", se comprometen a proporcionarle atención de calidad, y nos complacerá conversar con usted en cualquier momento sobre nuestras tarifas profesionales. Es importante que usted comprenda a cabalidad nuestra política financiera para mantener una buena relación profesional. Pregunte cualquier duda que tenga sobre nuestras tarifas, nuestra política financiera o su responsabilidad.

- **TODOS LOS PACIENTES DEBEN LLENAR NUESTRO "FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE" ANTES DE SU CONSULTA CON EL PROFESIONAL DENTAL.**
- **EL SERVICIO DEBE PAGARSE EN SU TOTALIDAD AL RECIBIRLO.**
- **ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, AMERICAN EXPRESS, VISA, MASTER CARD, DISCOVER Y CARE CREDIT.**
- **GEDC PROVEE SERVICIOS DE FACTURACIÓN A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS COMO UNA CORTESÍA A NUESTROS PACIENTES. LA PORCIÓN DEL PACIENTE POR SERVICIOS DENTALES PARTICULARES SE ESTIMA Y SE ADEUDA AL RECIBIRSE EL SERVICIO.**

#### Pacientes adultos

Los pacientes adultos son responsables por el pago completo al recibir el servicio.

#### Menores de edad acompañados por un adulto

El adulto que acompañe a un menor de edad, sus padres o representantes son responsables por el pago completo al recibir el servicio.

#### Menores de edad no acompañados

Los padres o representantes son responsables por el pago completo al recibir el servicio. Se denegarán los tratamientos que no sean de emergencia a menos que los cargos se autoricen previamente a través de un plan de crédito aprobado o de una tarjeta de crédito Visa, Master Card o Discover. No aceptamos pagos de consultas de menores de edad no acompañados con la tarjeta American Express.

#### Seguro

GEDC provee servicios de facturación a las compañías de seguros como una cortesía a nuestros pacientes. La porción del paciente por los servicios dentales particulares se estima y adeuda al recibirse el servicio. Este monto podría estar sujeto a ajuste cuando la compañía de seguros resuelve los reclamos por servicios dentales. Además, ciertas compañías de seguros tienen limitaciones anuales para la cantidad de servicios dentales que se pueden reembolsar en cada año del plan. Si usted o su familia excede estas limitaciones anuales durante cualquier año del plan, usted será responsable por el pago completo de los servicios dentales que excedan las limitaciones estipuladas en el plan. El paciente tiene la responsabilidad de monitorear sus beneficios restantes durante cualquier período de beneficios anuales. El paciente no debe basarse en ninguna información que proporcione el personal de GEDC sobre sus beneficios restantes en cualquier período de beneficios.

Los reclamos que enviamos a las compañías de seguros indican que usted ha asignado dichos beneficios a GEDC. Sin embargo, si la compañía de seguros le paga a usted en vez de pagarle a GEDC, entonces usted deberá pagar el saldo total de la cuenta y esperamos recibir su pago inmediatamente.

Si usted o su familia tiene más de un programa de seguro dental, le ayudaremos a obtener el máximo nivel posible de beneficios. Como paciente, usted siempre tiene la responsabilidad de pagar cualquier cargo que no cubra su seguro.

#### Medicare/ Medicaid/ Champus/ Worker's Compensation (compensación laboral)

Si usted tiene cobertura bajo Medicare, Medicaid, Champus, Worker's Compensation o cualquier otro programa patrocinado por el gobierno, consulte su situación de pago con nuestro personal antes de presentarse al consultorio de GEDC en la fecha del servicio.

#### Pagos morosos

Tenemos la política de cobrar cargos por financiamiento con un interés del 1,5 % por saldos pendientes del paciente cuando el saldo tiene 30 días pendiente. Además, los pagos devueltos por falta de fondos estarán sujetos a un cargo por fondos insuficientes de \$25,00.

#### Inasistencia a citas

Tenemos la política de cobrar una tarifa de \$35,00 por cada 30 minutos de inasistencia a una cita, a menos que el paciente la cancele con una antelación de 48 horas. Ayúdenos a servirle mejor asistiendo a sus citas planificadas.

***Muchas gracias por comprender y aceptar nuestra política financiera. Por favor háganos saber si tiene preguntas o inquietudes.***

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Autorización para recibir correos electrónicos y comunicaciones por texto

Usted puede aceptar voluntariamente recibir correos electrónicos y textos de la manera que se describe más adelante. En cualquier caso, Great Expressions nunca le pedirá números de tarjetas de crédito por correo electrónico o mensajes de texto. Si usted considera que ha recibido un correo electrónico o texto sospechoso de Great Expressions, llame inmediatamente a nuestras oficinas corporativas al teléfono 888-SMILE-80 (888-764-5380).

### Confirmación de citas por correo electrónico

Al aceptar voluntariamente la confirmación de citas por correo electrónico, usted recibirá recordatorios de sus próximas citas y recordatorios para solicitar citas.

### Confirmación de citas por texto

Al aceptar voluntariamente la confirmación de citas por mensajes de texto, usted autoriza a GEDC a enviarle recordatorios de sus citas por mensajes de texto al número de teléfono celular que ha proporcionado. Usted comprende que puede responder utilizando diferentes comandos para recibir información sobre su cuenta, como por ejemplo, saldos, futuras citas, ubicación de consultorios y otras alertas, tal como se describe en la lista de comandos de nuestro sistema de mensajes de texto en nuestra página de [confirmación de citas por texto](#).

Usted acepta también que todas las personas asociadas con su cuenta reciban alertas que mencionarán al garante de la cuenta o los dependientes. Podrán aplicar cargos por mensajes de texto de su proveedor de telefonía celular.

Su inscripción indica que usted declara y garantiza que es la persona legalmente responsable por todo uso que se le dé a sus cuentas, que tiene 18 años de edad o más, y que acepta todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajería de texto.

Great Expressions Dental Centers ofrece un sistema de mensajería de texto para que sus pacientes actuales reciban confirmaciones de citas, información sobre saldos de sus cuentas y otros servicios y contenidos que consideremos apropiado. Si usted acepta participar en nuestro sistema de mensajería de texto (a través de su celular o de manera automatizada), nos autoriza a usar su información personal para proporcionar los servicios de Great Expressions Dental Centers, incluyendo contenido personalizado. Podrán aplicar tarifas de mensajes y datos; contacte a su proveedor de telefonía inalámbrica para solicitar información específica sobre el uso y los cargos por sus mensajes de texto.

Great Expressions Dental Centers provee "tal cual" el sistema de mensajería de texto a nuestros pacientes. Los datos que obtengamos a través del sistema de mensajería de texto podrán incluir, entre otros, su nombre, dirección, número de teléfono celular, nombre y ubicación de su consultorio dental, fechas y horas de futuras citas, e información de su cuenta. Great Expressions no se responsabiliza por retrasos que puedan ocurrir durante la transmisión de cualquier mensaje debido a que la transmisión se basa en la velocidad y efectividad de su proveedor de telefonía inalámbrica.

### Política de inclusión y exclusión voluntaria de textos

Usted puede optar por no participar en nuestro sistema de mensajería de texto enviando el texto "STOP" o "UNSUBSCRIBE" al número 98269 o 200100. Si opta por no participar en este servicio, dejará de recibir confirmaciones de citas u otra información sobre su cuenta a través de mensajes de texto.

**Cómo optar por participar:** Envíe el texto SUBSCRIBE al número 98269 o 200100\* para recibir confirmaciones y alertas sobre su cuenta por mensajes de texto. Usted recibirá un mensaje que le informará las tarifas de mensajes y datos que aplican para todos los mensajes de texto subsiguientes.

Great Expressions también le da la opción de recibir voluntariamente recordatorios por mensajes de texto de manera automatizada cuando proporciona un número de teléfono celular válido durante su inscripción como paciente o al registrarse para recibir un servicio.

*\*El sistema de mensajería de texto de Great Expressions Dental Centers. Podrían aplicar tarifas de transmisión de mensajes o datos. Al participar, usted acepta recibir mensajes de texto que envía un sistema automático de llamadas telefónicas. El número de mensajes mensuales varía de acuerdo con las citas planificadas. La aceptación de estos términos no es una condición de compra.*

**Para solicitar ayuda o apoyo:** Si necesita asistencia con sus confirmaciones de citas o alertas sobre su cuenta por mensajes de texto, lea la sección [Preguntas frecuentes](#). Si no obtiene una respuesta a su pregunta, puede contactarnos por esta vía o responder al mensaje que recibió con la palabra "HELP" para recibir asistencia.

*GEDC podrá rescindir este acuerdo y cualquier servicio asociado, con o sin causa, en cualquier momento. Todos los servicios se ofrecen "tal cual" y "según su disponibilidad", sin ningún tipo de garantía, ya sea expresa o implícita, incluyendo, entre otras, garantías de comercialización, adecuación para un fin particular o no violación. GEDC rechaza expresamente cualquier representación o garantía de que los servicios serán oportunos, seguros o ininterrumpidos o que estarán libres de errores. Ningún consejo oral o información escrita dada por GEDC, sus empleados, licenciarios o agentes establecerá una garantía, y usted no debe basarse en dicha información o consejo. Bajo ninguna circunstancia serán GEDC o sus afiliados responsables por cualquier daño, directo, indirecto, incidental, especial o consecuencial que se derive del uso, o la inhabilidad de usar, los servicios, incluyendo, entre otros, la dependencia de cualquier información obtenida a través de los servicios, o que se derive de errores, omisiones, interrupciones, eliminación de archivos, textos o correos electrónicos, pérdida o daño de datos, errores, defectos, virus, retrasos de operaciones o transmisiones, o cualquier fallo de rendimiento, ya sea debido a actos fortuitos, fallos de comunicación, hurto, destrucción o acceso no autorizado a registros, programas o servicios. GEDC se reserva el derecho de modificar los términos y condiciones de uso, en cualquier momento y sin aviso previo, y cualquier cambio entrará en vigor al publicarse la disposición modificada en el sitio web de GEDC, y el uso continuado de los servicios tras tales cambios indicará su aceptación de los mismos. GEDC no asume, ni asumirá, ninguna obligación de notificarte de cualquier cambio a los términos y condiciones de uso. Cuando usted se inscribe para usar este servicio, acepta que su único y exclusivo recurso ante cualquier problema que se derive o relacione con los servicios consiste en discontinuar el uso de los mismos. Los términos de esta sección permanecerán válidos más allá de la rescisión o revocación del "Formulario de consentimiento de comunicaciones del paciente" o del uso de los servicios.*

**Proveedores compatibles:** AT&T, Sprint, Nextel, Boost, Verizon Wireless, U.S. Cellular<sup>®</sup>, T-Mobile<sup>®</sup>, Cellular One Dobson, Cincinnati Bell, Alltel, Virgin Mobile USA, Cellular South, Unicel, Centennial y Ntelos

Para recibir ayuda o información sobre este programa, envíe el texto "HELP" al número 200100. Para cancelar su plan, envíe en cualquier momento el texto "STOP" al número 98269 o 200100. Para solicitar asistencia adicional, comuníquese con el servicio de atención al cliente al teléfono 888-SMILE-80 (888-764-5380) u obtenga soporte en [www.GreatExpressions.com/Patient-Center/Confirm/Text/](http://www.GreatExpressions.com/Patient-Center/Confirm/Text/). La frecuencia de los mensajes se basa en la configuración de la cuenta.

**Acepto recibir comunicaciones electrónicas, incluyendo correos electrónicos y mensajes de texto sobre tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud de conformidad con este documento.**

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