



Christopher A. Swisher, DDS Odontología Pediátrica

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: (M) (F)
Razón de su visita: _____ Preocupaciones: _____
Nombre de hermanos/as: _____ Su hijo/a es adoptado? Si No
Intereses del niño: _____ Tiene alguna fobia? _____
¿Su hijo tiene necesidades especiales? _____ Aprendizaje del Niño(a): **Lento Medio Acelerado**
Nombre de la escuela del niño(a): _____ ¿Quién refirió su hijo(a)? _____

Historia Medica

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: (_____) _____ Último Examen Físico: _____
¿Su hijo está bajo cuidado médico? Si No (cuál es la razón): _____ Las vacunas están al corriente? Sí No
¿Está tomando su hijo(a) alguna medicina? Sí No Cuales son: _____
Historial de hospitalización o cirugía: (Razón y Fecha) _____
A tenido su hijo(a) alguna reacción alérgica a: (en caso de que si: por favor marque lo que aplique)
___ Bayas ___ Cacahuates/Nueces ___ Animales ___ Tintes/Colorantes ___ Polen/Polvo/Ambiental
___ Huevos ___ Soya ___ Acrílico ___ Látex/Hule ___ Otros: _____
___ Leche ___ Trigo/Gluten ___ Anestésicos ___ Metales _____

¿Su hijo(a) ha tenido una historia o dificultad con alguno de los siguientes?

ADHD/ADD		Enfermedad Cardiac/Corazón	Sí No	Riñones	Sí No
Anemia	Sí No	Epilepsia/Convulsiones	Sí No	Síndrome de Down	Sí No
Alergias	Sí No	Fiebre Reumática	Sí No	Sinusitis	Sí No
Alergias a Medicamentos	Sí No	Fibrosis Quística	Sí No	Soplo en el Corazón	Sí No
Artritis/Trastorno Articular	Sí No	Hepatitis	Sí No	Trastorno Alimenticio	Sí No
Asma/Problemas Respiratorios	Sí No	Hígado	Sí No	Trastorno del Habla	Sí No
Autismo	Sí No	Lesión Cerebral	Sí No	Trastorno Inmunológico	Sí No
Cáncer/Malignidad	Sí No	Moretones	Sí No	Trastornos Mandibulares	Sí No
Depresión/Ansiedad	Sí No	Parálisis Cerebral	Sí No	Trastorno Muscular	Sí No
Diabetes	Sí No	Parto Prematuro	Sí No	Trastorno Oseo (Huesos)	Sí No
Discapacidad Auditiva	Sí No	Problemas Emocionales/escolares	Sí No	Trastorno de Sangramiento	Sí No
Discapacidad Visual	Sí No	Quimioterapia/Radioterapia	Sí No	Tuberculosis	Sí No
Dolores/Infecciones de Oídos	Sí No	Retraso en el Desarrollo	Sí No	Vejiga	Sí No
Otros:	_____				

Historia Dental

¿Es la primera visita dental de su hijo(a)? Sí No Si no, dentista anterior: _____ Fecha de la última visita: _____
¿Cómo fue su experiencia? _____ ¿Se tomaron radiografías? Sí No
La actitud del niño hacia el dentista o cuidado dental: _____
¿Su hijo(a) ha tenido alguna lesión a los dientes, la boca o la cabeza? (por favor describa) _____
Su hijo(a) se ha hecho cualquiera de los siguientes (pasado o presente)? Por favor, circule
Chuparse el Dedo Chupón Morderse las Uñas Chuparse los Labios Respirar por la Boca Roncar Rechina los Dientes Amamantar Biberón
¿Contiene Fluoruro su agua? Sí No ¿Su hijo(a) toma suplementos de fluoruro? Sí No
¿Su hijo(a) usa pasta dental con fluoruro? Sí No ¿Que tan seguido se cepilla los dientes su hijo(a)? _____
¿Con la supervisión de un adulto? Sí No ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____
¿Está interesado en un suplemento de fluoruro? Sí No

¿Que podemos hacer para que su hijo(a) tenga una experiencia positiva? _____

He revisado la historia médica / dental de mi hijo(a).

FIRMA: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____

Revisado verbalmente con el padre/tutor para el paciente nombrado anteriormente: Iniciales _____ Fecha: _____

Para Uso Del Dentista: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Los Padres están: **Casados** ___ **Divorciados** ___ **Soltero** ___ **Viudo** ___ El niño(a) vive con: **Ambos Padres** **Madre** **Padre** **Otro** _____

Tutora Legal (Nombre) _____ SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de ID: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Correo electrónico: _____ Trabajo: _____

Tutor Legal (Nombre) _____ SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de ID: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Correo electrónico: _____ Trabajo: _____

Persona financieramente responsable del cuidado dental del niño(a): _____

¿Cómo desea que nos pongamos en contacto con usted? **Casa** **Trabajo** **Celular** **E-mail**

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

AUTOHRIZATION

En mi ausencia, por la presente doy autorización a las personas mencionadas a continuación para traer a mi hijo(a) a Little Shredders Dental y para autorizar todos y cada uno de los servicios dentales/médicos recomendados.

Persona(s) Autorizada	Parentesco	Teléfono
_____	_____	(____) _____ - _____
_____	_____	(____) _____ - _____
_____	_____	(____) _____ - _____

El permiso del padre, madre o tutor legal es necesario para el tratamiento dental de un menor de edad. Doy el permiso para el uso de estas medidas, según se considere necesario en su juicio profesional, para prestar el mejor tratamiento dental de mi hijo(a). Entiendo que la información que he dado es correcta al mejor de mi conocimiento, que se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad de informar a la oficina de cualquier cambio en mi estado de salud del niño(a).

FIRMA: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL

¿Su hijo(a) tiene cobertura de seguro dental? **Sí** **No**

Compañía de seguro dental: _____ Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Nombre del Titular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Parentesco: _____

Compañía Secundaria de Seguro Dental: _____ Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Nombre del Titular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Parentesco: _____

FIRMA: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____



Christopher A. Swisher, DDS
Odontología Pediátrica

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN

Nombre del Niño(a): _____

Comprendo que al firmar en la parte posterior de esta forma solicito y autorizo que se realice el procedimiento y reconozco haber leído y comprendido los riesgos y las posibles complicaciones del tratamiento.

Radiografías y Exámenes

Comprendo que recibiré un examen dental de parte de un profesional dental con licencia del estado. Comprendo que, mientras me realizan radiografías en mis dientes, estaré expuesto a una cantidad mínima de radiación debido a que esto forma parte de los requisitos necesarios para completar un examen minucioso y exhaustivo. También comprendo que, en caso de estar embarazada (adolescente), la exposición a la radiación presta una grave amenaza para la vida y salud del feto. Las adolescentes embarazadas deben tener la autorización médica de su médico antes de realizarse un tratamiento dental o radiografías.

Modificaciones en el plan de tratamiento

Comprendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o añadir procedimientos debido a las condiciones descubiertas mientras se trabaja en los dientes cuales no se hayan detectado durante el examen. Comprendo que puede haber cambios imprevistos que pueden surgir durante el tratamiento. Comprendo que, siempre que sea posible, se me informara previamente de cualquier cambio en el tratamiento. Autorizo al dentista para hacer cualquier y/o todos los cambios y adiciones que sean necesarias

Fármacos y Medicamentos

Comprendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden causar irritación e hinchazón de los tejidos, dolores, picazón, vómitos o choque anafiláctico.

Comprendo que no habido ninguna garantía o seguridad hecha por cualquier persona en lo que respecta al tratamiento dental que he autorizado. También reconozco que soy responsable del pago de todos los cargos dentales independientemente de cualquier cobertura de seguro dental.

Comprendo que de vez en cuando la oficina grabar mis conversaciones con el medico el personal con el único objetivo de garantizar la calidad de atención dental. Doy mi consentimiento para dichas grabaciones, así como también médicos o personal adicional puedan observar el examen/procedimiento siempre que mi identidad no sea revelada.

FIRMA: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____



Christopher A. Swisher, DDS
Odontología Pediátrica

POLÍTICA FINANCIERA

Para pacientes con seguro dental: autorizo a Little Shredders Dental a liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de pagos de terceros y/u otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito que mi seguro pague directamente a Little Shredders Dental, de lo contrario el pago sería directamente a mí sin exceder los cargos mostrados en reclamo. Los pacientes con seguro dental deben proporcionar información de seguro exacta y completa para que podamos a presentación de su reclamo a la brevedad. Permitimos a los 60 días de su compañía de seguros para hacer un pago a nosotros. Después de este tiempo, cualquier saldo pendiente será de su responsabilidad. Usted estará obligado a pagar su parte el día de tratamiento dental. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos no cubiertos por mi seguro o por esta autorización. Comprado que si cuenta no mantiene al corriente puede resultar en que el dentista no proporcione servicios dentales, excepto para emergencias dentales o sin requerir el pago por adelantado para servicios adicionales. Comprendo que a mi cuenta se le puede hacer un cargo de 1.5% por mes o un cobro de \$20 por mes si el saldo no es pagado después 30 días.

Para los pacientes sin seguro dental: El pago en su totalidad es requerido en el momento que los servicios se lleven a cabo. Cuando esto no es posible, los arreglos financieros deben hacerse con anticipación. Comprado que si cuenta no mantiene al corriente puede resultar en que el dentista no proporcione servicios dentales, excepto para emergencias dentales o sin requerir el pago por adelantado para servicios adicionales. Comprendo que a mi cuenta se le puede hacer un cargo de 1.5% por mes o un cobro de \$20 por mes si el saldo no es pagado después 30 días.

Cancelaciones: Es la responsabilidad del paciente acudir a las citas programadas. Nuestra oficina requiere notificación de cancelación al menos 24 horas antes de la cita o antes si le es posible. Nuestra oficina considera una cita un No Show (Cita Fallada) cuando el paciente no haya cancelado la cita 24 horas antes de la cita o con un retraso de 15 minutos después de la hora su cita. Pacientes que tengan 2 No Shows en un período de 1 año será despedido de la oficina. Los pacientes también pueden ser sujetos a un cargo de \$65.00 cita que no sea cancelada con 24 horas de anticipación. Los gastos de cancelación y No Show son responsabilidad exclusiva del paciente y deben ser pagados por completo antes de la próxima cita del paciente.

Aviso a los Padres/Tutores: Usted puede permitir que su hijo/a obtenga un premio bajo su propio riesgo. **ADVERTENCIA:** Los premios en el cofre del tesoro pueden representar un peligro de asfixia. Los premios pequeños no están intencionados para los niños menores de 3 años. Los premios también pueden contener materiales desconocidos y/o perjudiciales. Los padres aceptan toda la responsabilidad y no sostendrán a Little Shredders Dental o sus empleados responsables. El área de juegos no es supervisada por el personal de Little Shredders Dental; es la responsabilidad de los padres el monitorear la seguridad de su hijo/a mientras se encuentran en la sala de espera. Los padres aceptan toda la responsabilidad y no sostendrán a Little Shredders Dental o sus empleados responsables.

FIRMA: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES

Yo, (nombre del Padre/Madre/Tutor) _____ haber recibido una copia del
Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina para leer y/o llevar a casa.

Nombre del Niño(a): _____

FIRMA: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____

Para Uso Exclusivo De La Oficina:

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero la confirmación no se pudo obtener debido a:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros motivos (especificar) _____



AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERIR EXPEDIENTE

Nombre(s) del paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente(s): _____

Nombre del Padre: _____

Por la presente, autorizo y solicito a: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

que proporcioné de los expedientes dentales/médicos de mi hijo(a) y envié copias a:

Little Shredders Dental
Christopher A. Swisher, DDS

1615 Woods Court, Hood River, Oregon

Teléfono (541) 490-4993 Fax (541) 436-4418

info@littleshredders.com www.littleshreddersdental.com

Por favor, envié toda información incluyendo, pero no limitándose a expediente dental/medico, planes de tratamiento, diagnósticos, conclusiones y procedimientos, notas de tratamiento, radiografías, modelos diagnósticos y materiales adicionales.

En consideración de la divulgación por parte de los arriba mencionados, las partes, por la presente libero a ellos desde cualquier y toda responsabilidad derivada de dicha divulgación.

Firma de los Padres _____ Fecha _____

**Razo de la solicitud de la transferencia del expediente: _____

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha Efectiva: Febrero 25th, 2015

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad:

Título: Oficial de Privacidad: **Christopher A. Swisher, DDS** Teléfono (541) 490-4993 Fax (541) 436-4418

Email: info@littleshredders.com Dirección: 1615 Woods Court, Hood River, Oregon 97031

NUESTRA PROMESA A USTED Y NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos requiere proteger la privacidad de la información médica de su hijo/a ("información medical"). También se nos requiere enviarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a la información médica de su hijo/a.

Nosotros debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras se encuentran en efecto. Esta notificación entra en efecto a partir de la fecha establecida en la parte superior de esta página, y permanecerá vigente a menos que la reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso aplicada a toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información médica que creamos o recibimos antes de hacer el cambio.

Nosotros podemos modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Si hacemos un cambio material en las normas de nuestra práctica, le proporcionaremos el nuevo aviso. Cualquier modificación a este aviso entrara en vigor para toda la información médica que mantenemos. La fecha de vigencia del aviso modificado será anotada. Una copia de la notificación vigente estará disponible en nuestras instalaciones y en nuestro sitio internet si procede. Usted puede solicitar una copia del aviso actual en cualquier momento.

Recopilamos y mantenemos la información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra clínica y para proveer productos, servicios e información de importancia a nuestros pacientes. Mantenemos la información médica de nuestros pacientes, de acuerdo con las normas estatales y federales, para proteger contra riesgos tales como pérdida, destrucción o mal uso.

USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO/A

Tratamiento: Podemos revelar información médica de su hijo/a, sin su previa aprobación a otro dentista, médico u otro profesional de la salud que trabaje en nuestras instalaciones o que le esté proporcionando otro tipo de tratamiento a su hijo/a con el propósito de evaluar la salud de su hijo/a, las condiciones médicas de diagnóstico, y proporcionar tratamiento. Por ejemplo la información de salud de su hijo puede ser revelada a un cirujano oral para determinar si es necesaria una intervención quirúrgica.

Pago: Nosotros proporcionamos servicios dentales. La información médica de su hijo puede utilizar para obtener el pago de su plan de seguro. Por ejemplo, su plan de seguro puede solicitar y recibir información sobre las fechas en que su hijo recibió servicios en nuestras instalaciones con el fin de permitir que su empleador verifique y procese su reclamo de seguro

Servicios de Atención Médica: Nosotros podremos usar y revelar la información médica de su hijo/a, sin su previa aprobación, para servicios de atención médica. Los servicios médicos incluyen:

- Evaluaciones de calidad de salud y actividades de salud;
- Para la revisión, evaluación y desempeño de los proveedores del cuidado dental, las cualificaciones y competencias, programas de capacitación de salud, acreditación del proveedor, certificación, y actividades de licencia y acreditación;
- Para Llevar a cabo o preparación de los exámenes médicos, auditorías y servicios legales, incluyendo detección de fraude y abuso y prevención; y
- La planificación de negocios, desarrollo, gestión y administración general, incluyendo servicio al cliente, resolución de quejas y de facturación, des-identificación la información médica, y la creación de conjuntos de datos limitados para operaciones de atención médica, actividades de salud pública, y la investigación.

Podremos revelar información médica de su hijo(a) a otro proveedor o plan de salud dental o plan médico sujeto a las leyes federales de protección de privacidad, siempre y cuando el proveedor o el plan tenga o haya tenido una relación con su hijo/a y la información médica sea para la salud el proveedor o plan para evaluaciones de calidad, actividades de salud, la competencia y calificación de evaluación y actividades de revisión, o detección de fraude y abuso y la prevención

Su Autorización: Usted (o su representante personal legal) puede darnos la autorización por escrito para utilizar la información médica de su hijo/a o para revelarla a

Cualquier persona para cualquier propósito. Una vez que usted nos da autorización para revelar la información médica de su hijo/a, no podemos garantizar que la persona a la que se proporciona la información no revelara la información. Usted puede retirar o "revocar" su autorización por escrito en cualquier momento, excepto si ya hemos actuado en base a su autorización. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitido por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no usaremos o revelaremos información médica de su hijo/a para fines que no sean los descritos en este aviso. Obtendremos su autorización antes de usar la información médica de su hijo/a para la comercialización, con fines de recaudación de fondos o para uso comercial.

Familiares, Amigos, y otras personas involucradas en cuidado de salud de su hijo/a o en el pago de atención médica: Nosotros revelar la información médica de hijo(a) a un familiar, amigo o cualquier otra persona involucradas en el cuidado de su hijo/a o el pago del cuidado de la salud de su hijo. Vamos a revelar solamente la información médica que es relevante a la participación de la persona.

Podremos usar o revelar el nombre, la ubicación de su hijo, y el estado general para notificar, o para ayudar a la adecuada entidad pública o privada para localizar y notificar, una persona responsable del cuidado de su hijo/a en situaciones apropiadas, tales como una emergencia médica o durante un los esfuerzos de auxilio.

Le daremos la oportunidad de oponerse a estas revelaciones, a menos que usted no está presente o está incapacitado o es una situación de socorro de emergencia o desastre. En esas situaciones, usaremos nuestro criterio profesional para determinar si la revelación de la información médica de su hijo/a está en su mejor interés, dadas las circunstancias.

Productos y Servicios Relacionados con la Salud: Podremos utilizar la información médica de su hijo/a para comunicarnos con usted acerca de los productos relacionados con la salud, beneficios, servicios, pago de esos productos y servicios, y las alternativas de tratamiento.

Recordatorios: Podremos utilizar o revelar información médica para enviarle recordatorios sobre el cuidado dental de su hijo/a, tales como recordatorios de citas.

Patrocinadores del Plan: Si la cobertura de seguro dental de su hijo/a es a través del plan dental de grupo patrocinado por un empleador, podemos compartir información de salud de resumen con el patrocinador del plan.

Salud Pública y actividades de beneficio: Podemos usar y revelar información médica de su hijo/a, sin su permiso, cuando sea requerido por la ley, y cuando sea autorizado por la ley para los siguientes tipos de la salud pública y las actividades de beneficio público:

- para la salud pública, incluyendo informes de enfermedad y las estadísticas vitales, el maltrato infantil y el abuso de adultos, negligencia o violencia doméstica;
- para evitar una amenaza de salud grave e inminente o de seguridad;
- para vigilancia del cuidado de la salud, tales como las actividades de los comisionados estatales de seguros, las autoridades de concesión de licencias y de revisión de compañeros pares, y las agencias de prevención de fraude;
- para la investigación;
- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y de otro proceso legal;
- a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con respecto a las víctimas de delitos y actividades delictivas;
- a médicos forenses, médicos forenses, directores de funerarias, y la obtención de órganos
- a médicos forenses, directores de funerarias y las organizaciones de obtención de órganos;
- a los militares, a los funcionarios federales para la inteligencia legal, contrainteligencia y actividades de seguridad nacional, y para las instituciones correccionales y aplicación de la ley en relación con las personas bajo custodia legal; y
- según lo autorizado por la ley compensaciones de los trabajadores del Estado.

Si el uso o revelación de información de salud como fue descrito anteriormente en este aviso está prohibido o materialmente limitada por otras leyes que se aplican a nosotros, es nuestra intención de cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Socios: Podemos revelar la información médica de su hijo(a) a nuestros socios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Se requiere que nuestros socios, bajo contrato con nosotros, de proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que no sea como se especifica en nuestro contrato.

Notificación de Incumplimiento datos: Podemos usar su información de contacto para proporcionar notificaciones requeridas legalmente de adquisición no autorizada, el acceso o la divulgación de información de salud de su hijo/a.

Restricción Adicional del Uso y Divulgación: Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen el uso y la divulgación de cierta información de salud, incluyendo información altamente confidencial acerca de su hijo/a. La "información altamente confidencial" puede incluir información confidencial bajo las leyes federales que rigen la información de abuso de alcohol y drogas y la información genética, así como las leyes estatales que a menudo protegen los siguientes tipos de información:

1. VIH/SIDA;
2. Salud mental;
3. Pruebas genéticas;
4. Alcohol;
5. Enfermedades sexualmente transmitidas e información de salud reproductiva;
6. Abuso o negligencia en niños y adultos, incluyendo agresión sexual.

NUESTRA PROMESA A USTED Y NUESTRO DEBER LEGAL

Acceso: Usted tiene el derecho de examinar y recibir una copia de la información médica de su hijo/a, con excepciones limitadas. Usaremos el formato que usted solicita a menos que no sea prácticamente posible hacerlo. Usted debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Podremos cobrarle los honorarios razonables, basados en los costos para obtener una copia de la información médica de su hijo/a, para enviarle a usted la copia, y para la preparación de cualquier resumen o explicación de la información médica de su hijo/a que usted solicite. Póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para obtener información sobre nuestros honorarios.

Informe de revelaciones: Usted tiene el derecho solicitar una lista de instancias en las que hemos divulgado la información médica de su hijo/a para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, según lo autorizado por usted, y para ciertas otras actividades.

Usted debe presentar su solicitud a nuestro Oficial de Privacidad. Nosotros le proporcionaremos con información sobre cada divulgación responsable que hicimos durante el período para el que se solicita la responsabilidad, excepto que no estamos obligados a dar cuenta de una revelación que se produjo más de 6 años antes de la fecha de su solicitud.

Modificación: Usted tiene el derecho a solicitar que modifiquemos la información médica de su hijo/a. Usted debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Podemos negar su petición por ciertas razones. Si rechazamos su solicitud, usted puede tener una declaración de su desacuerdo a la información médica de su hijo/a. Si aceptamos su solicitud, vamos a hacer que su modificación sea parte de la información médica de su hijo/a y haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros de la modificación que sabemos que puede usar la información sin modificación en su contra, así como las personas que desea recibir la modificación.

Restricciones: Usted tiene el derecho de pedir que limitemos el uso o divulgación de la información médica de su hijo para el tratamiento, pago o atención médica, o con la familia, amigos u otras personas que usted identifique. Excepto en circunstancias limitadas, no estamos obligados a acceder a su petición, pero si estamos de acuerdo, cumpliremos con nuestro acuerdo, excepto en una emergencia médica o como sea requerido o autorizado por la ley. Usted debe presentar su solicitud a nuestro Oficial de Privacidad. A excepción de lo requerido por la ley, debemos estar de acuerdo con una solicitud de restricción si:

1. excepto cuando sea requerido por la ley, la divulgación a un seguro médico el propósito de llevar a cabo operaciones de pago o asistencia médica (y no con fines de llevar a cabo el tratamiento); y
2. la información médica que se refiere exclusivamente a un artículo de atención médica o servicio para el cual el médico involucrado haya sido pagado en su totalidad por el paciente.

Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de la información médica de su hijo/a en confidencia por los medios o a lugares que usted especifique. Usted debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Notificación de Incumplimiento: usted tiene el derecho a recibir una notificación de incumplimiento de su información médica sin garantía. El incumplimiento puede retrasarse o no ser proporcionado, si así se requiere por un oficial de la ley. Usted puede solicitar que la notificación sea proporcionada por correo electrónico. Si usted ha fallecido y hay un incumplimiento de la información médica de su hijo/a, la notificación será proporcionada a un familiar cercano o representante personal si conocemos la identidad y la dirección de dicha persona(s).

Aviso Electrónico: Si recibe este aviso en nuestra página de internet o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir este aviso por escrito. Por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para obtener este aviso por escrito.

QUEJAS

Si usted le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a la información médica de su hijo/a, o sobre la modificación de información médica de su hijo/a, o sobre la restricción del uso o divulgación de la información médica de su hijo/a (incluyendo el aviso de incumplimiento de datos), puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad.

Usted también puede someter una queja por escrito al Oficial de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, Washington, DC 20201. Usted puede comunicarse con la Oficina de Asistencia para los Derechos Civiles al 1(800) 368-1019.

Apoyamos su derecho a la privacidad de la información médica de su hijo. No tomaremos represalias de ningún tipo si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.