

# **Keys AHEC** **Health Centers**

## **Servicios dentales**

Estimado Padre/Tutor,

Keys AHEC se enorgullece de anunciar la capacidad de brindar el Servicio Completo de Odontología en sitios seleccionados de las Escuelas Públicas del Condado de Monroe.

Los **CENTROS DE SALUD KEYS AHEC** ofrecerán atención de salud bucal básica que puede incluir odontología preventiva y restaurativa básicos y tratamiento. Estos servicios se brindan a los niños inscritos en las Escuelas Públicas del Condado de Monroe. Keys AHEC también puede facturar a las compañías de seguros y Medicaid, cuando sea aplicable. Se puede acceder a una pequeña tarifa de encuentro que cubre todas las visitas hasta que se complete el plan de tratamiento.

Todos los servicios requieren el consentimiento de los padres. Si desea que su hijo reciba servicios de salud bucal cuando los necesite, debe firmar **los Formularios de Registro del Paciente, Historial del Paciente y Consentimiento General para el Tratamiento**. Por favor complete todas las secciones con la información solicitada. El Consentimiento General para el Tratamiento clínico debe estar firmado y fechado por el padre o tutor legal del niño.

Es importante que devuelva completado y firmado **los Formularios de Registro del Paciente, Historial del Paciente y Consentimiento General para el Tratamiento** a la clínica AHEC o al equipo dental en el momento de la visita o lo antes posible. Esto garantizará que su hijo pueda recibir los servicios cuando los necesite y sin demora.

Una vez que el centro de salud reciba los **Formularios de Tratamiento** firmados, su hijo podrá recibir los servicios de atención designados proporcionados por el **Programa-Dental Keys AHEC HEALTH CENTERS**. Comuníquese con el Consultorio Dental al: **305-743-7111 ext 220** si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

*Michael Cunningham*

Michael Cunningham  
CEO Keys AHEC

**Claves AHEC Health Centers, Inc.**

5800 Overseas Hwy, # 38 - Marathon, FL 33050 PH. 305-743-7111 / FAX 305-743-7709

# **Keys AHEC** **Health Centers**

## **Atención a nuestros Pacientes Asegurados**

Si bien los centros de salud Keys AHEC pueden facturar a su compañía de seguros, **No hay deducibles, coseguro, copagos o cargos similares que se le requieren como nuestro paciente en relación con su seguro.**

Sin embargo, en nombre de su compañía de seguros, usted podrá recibir:

Una **explicación de los beneficios** (comúnmente denominado formulario **EOB**) que es una declaración enviada por su compañía de seguro médico que explica qué tratamientos y/o servicios fueron pagados en su nombre.

También podrá recibir información sobre su **deducible**, que es la cantidad que normalmente tendría que pagar **de-su-bolsillo** por los gastos antes de que su compañía de seguros cubra los costos restantes.

**Porque Keys AHEC renuncia a todos los gastos relacionados con el seguro**

**USTED NO ES RESPONSABLE DE ESTE O CUALQUIER OTRO CARGO.**

# Keys AHEC Health Centers

## HISTORIAL DE SALUD INFANTIL - SALUD HX

Información del paciente (confidencial) Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al Nacer: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Acepta texto: Sí No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Paciente (SSN): \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Escuela a la que Asistió: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Idioma Principal que habla el Niño: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de la Visita de hoy? \_\_\_\_\_

Número de personas en la Familia: \_\_\_\_\_

Rango de ingresos anuales familiares: (marque uno)

\_\_\_ Menos de \$ 20,000 \_\_\_ \$ 20K - \$ 35K \_\_\_ \$ 35 mil- \$ 50K \_\_\_ \$ 50K-75K \_\_\_ \$ 75K a \$ 100K \_\_\_ Más de \$ 100K

### PADRE/TUTOR # 1

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

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_\_

\* Si es diferente al paciente anterior

Dirección: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

### PADRE/TUTOR # 2

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL PRIMARIA

#### COBERTURA DENTAL

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de grupo / política: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Identificación de suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

SSN del Suscriptor: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### EL NIÑO TIENE MEDICAID:

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**\* Proporcione una copia de la tarjeta de cualquier seguro o Medicaid.**

## HISTORIAL MÉDICO

Describe el estado de salud actual del paciente:

Excelente \_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ Deficiente \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que el paciente está tomando actualmente:

MEDICAMENTO	DOSIS	INSTRUCCIONES

Enumere las alergias conocidas: \_\_\_\_\_

¿El paciente está actualmente bajo el cuidado de un médico? S N Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Número de oficina: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha sido diagnosticado o tratado por lo siguiente?

S N TDAH/hiperactividad	S N problemas respiratorios	S N Soplo cardíaco	S N nacimiento prematuro
S N alergias	S N cáncer/tumor	S N hepatitis	S N fiebre reumática
S N reacción anafiláctica	S N parálisis cerebral	S N Alta presión sanguínea	S N Convulsions/epilepsia
S N anemia	S N labio leporino/paladar hendido	S N VIH/SIDA	S N apnea del sueño
S N artritis	S N retraso en el habla	S N enfermedad del riñon	S N enfermedad de célula falciforme
S N articulaciones artificiales	S N retraso en el desarrollo	S N sensibilidad al látex	S N problemas de los senos nasales
S N asma	S N diabetes	S N enfermedad del hígado	S N ETS
S N defectos de nacimiento	S N desmayos	S N bajo peso al nacer	S N amigdalectomía
S N enfermedad de la vejiga	S N lesión de cabeza/cuello	S N trastorno mental/nervioso	S N tuberculosis
S N problemas de sangrado	S N liscapacidad auditiva	S N marcapasos	S N problemas de la vista
S N desorden sanguíneo	S N problemas cardíacos	S N embarazo	S N otro

En otro caso, por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última visita de su hijo al dentista? \_\_\_\_\_

Nombre y/o agencia del dentista anterior: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que se tomaron radiografías de los dientes de su hijo? \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| S N ¿Tiene alguna inquietud con respecto a sus dientes?   | S N ¿Su hijo usa hilo dental?                                 |
| S N ¿Supervisa o ayuda a su hijo a cepillarse los dientes?  | S N ¿Usa su hijo tabletas o enjuagues de flúor?               |
| S N ¿Su hijo tiene alguna molestia en los dientes, la mandíbula o los músculos?                   | S N ¿Usa su hijo pasta de dientes con flúor?                  |
| S N ¿Su hijo solo bebe agua embotellada, muy filtrada o de pozo?                                  | S N ¿Su hijo tiene herpes labial o úlceras bucales?           |
| S N ¿Su hijo tiene un clic, chasquido u otro ruido en la articulación de la mandíbula?            | S N ¿Su hijo aprieta o rechina los dientes?                   |
| S N ¿Su hijo come dulces y/o bebe jugos o refrescos con frecuencia?                               | S N ¿Su hijo tiene dolores de cabeza frecuentes?              |
| S N ¿Alguno de los dientes de su hijo le resulta incómodo cuando muerde?                          | S N ¿Los dientes de su hijo son sensibles al frío o al calor? |
| S N ¿Sangran las encías de su hijo cuando se cepilla o usa hilo dental?                           |   |
| S N ¿Tiene su hijo alguna preocupación sobre la apariencia de sus dientes?                        |   |
| S N ¿Su hijo tiene antecedentes de accidentes o lesiones que involucren los dientes/mandíbulas?   |   |
| S N ¿Tiene su hijo el hábito de roncar o respirar por la boca?                                    |   |
| S N ¿Tiene su hijo un hábito actual o anterior de usar un chupete o chuparse el dedo o el pulgar? |   |
| S N ¿Su hijo tenía antecedentes de irse a dormir con un biberón o de amamantar a pedido?          |   |

¿Cómo ha reaccionado su hijo a procedimientos dentales anteriores? \_\_\_\_\_

¿Cómo espera que reaccione su hijo en la silla dental? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los intereses y pasatiempos de su hijo? \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante padre/tutor legal de este niño, certifico que lo anterior es exacto y completo a mi leal saber y entender. Notificaré a los médicos y/o al personal de cualquier cambio en lo anterior antes de cualquier cita.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL**

Yo, el abajo firmante padre/tutor legal, por medio de la presente doy mi consentimiento para que los médicos y/o el personal clínico examinen a este niño, limpien sus dientes, realicen todo el tratamiento dental necesario, administren anestésicos locales, administren medicamentos, apliquen fluoruro tópico, tomen radiografías de diagnóstico (rayos X), tomen fotografías clínicas, obtengan modelos de estudio y otros registros necesarios para un diagnóstico preciso de mi hijo. Entiendo que el tratamiento dental para niños implica orientación conductual, que puede incluir el uso de elogios, explicación y demostración de procedimientos e instrumentos, tono de voz variable, apoyos bucales, óxido nitroso (gas de la risa) o estabilización protectora cuando sea necesario para promover el comportamiento cooperativo y una experiencia positiva y para proteger a mi hijo de posibles lesiones.

**Firma del Padre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**El Padre/Tutor puede elegir que Keys AHEC vea al niño sin un padre presente con un consentimiento adicional. Se llamará al Padre/Tutor para que proporcione permiso antes de cualquier Servicio Invasivo.**

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi hijo sea visto sin estar presente.

### **POLÍTICA DE OFICINA**

Reservamos la hora de su cita específicamente para usted. Llegue temprano a todas las citas. Si necesita reprogramar, avise con al menos 48 horas hábiles de anticipación para que podamos darle a otra persona la oportunidad de usar ese tiempo. Se podría cobrar una tarifa por cancelaciones tardías y citas perdidas.

**Todos los niños deben estar acompañados a todas las citas por un adulto mayor de 18 años. Este adulto debe permanecer en las instalaciones durante toda la cita. Varias citas perdidas pueden resultar en que Keys AHEC no programe una cita futura para el niño.**

**Está prohibido el uso de teléfonos celulares, tabletas y otros dispositivos electrónicos durante las citas. El uso de cámaras, dispositivos de grabación de audio y video está prohibido sin consentimiento expreso por escrito.**

# Autorización

## No-Padre/Tutor para que acompañe al paciente

Periódicamente, puede haber ocasiones en las que usted no pueda llevar a su hijo a la oficina para una cita y necesite depender de un familiar o amigo. Entendemos estas circunstancias; sin embargo, debemos tener una carta de autorización por escrito que permita a esta persona acompañar a su(s) hijo(s). La persona que traiga a su hijo deberá presentar una identificación legal con fotografía al momento del servicio.

Esta autorización le da a la persona permiso para traer a su(s) hijo(s), hablar con el médico, autorizar el tratamiento y tomar decisiones generales de salud y financieras.

Yo, \_\_\_\_\_, doy a la(s) persona(s) listadas a continuación permiso para acompañar a mi hijo a Keys AHEC y para discutir y compartir información médica/dental sobre mi hijo. Además, les autorizo a ver todos los registros médicos necesarios y a tomar decisiones de rutina en un consultorio dental, según lo determine el médico a su entera discreción.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

*(SI SOLO LOS PADRES PUEDEN TRAER A LOS NIÑO(S)), POR FAVOR INDIQUE "NINGUNO")*

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona autorizada a traer al niño

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona autorizada a traer al niño

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## POLÍTICA FINANCIERA

Para evitar cualquier pregunta sobre nuestra política financiera, por favor lea atentamente las siguientes declaraciones:

**\*\* EL PAGO DE \$ 10 ES EXIGIBLE ANTES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS y se espera antes del tratamiento, *independientemente* de la participación de cualquier seguro. \*\***

**\*\* Habrá un cargo de \$ 10 por una cita rota o cancelación con menos de 24 horas de anticipación a su cita \*\***

\* Aceptamos efectivo, tarjetas de débito, MasterCard y Visa con identificación válida. No se aceptan cheques personales.

\* El financiamiento está disponible a través de Care Credit para el tratamiento. Los pacientes pueden inscribirse en CareCredit.com. Cualquier cuenta de más de 90 días se considera morosa y podría estar sujeta a cobros por parte de terceros. Cualquier tarifa asociada con el cobro de terceros es responsabilidad del padre/tutor.

### HIPAA

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), la información de identificación personal se utilizará para, entre otros, lo siguiente: tratamiento; para obtener una autorización previa al tratamiento o el pago del seguro dental; para obtener registros del consultorio dental anterior; remitirlo a un especialista; remitirlo a un centro quirúrgico y anestesiólogo asociado; presentación de reclamos electrónicos; transmisiones de fax; hojas de registro; recordatorios de citas o tarjetas de retiro del mercado; o para el cobro de terceros sobre cuentas morosas. Una divulgación completa de la declaración de HIPAA está disponible en la recepción y está publicada en la oficina. Usamos acuerdos de socios comerciales con cualquier empresa que pueda entrar en contacto con su información médica. Este acuerdo de asociado de negocios es un acuerdo de su parte para mantener su información privada y protegida.

PARA PACIENTES CON SEGURO DENTAL: Debido a las leyes de HIPAA, solo se nos proporciona información *general* sobre su póliza dental. El historial dental anterior de su hijo no se divulga al verificar la elegibilidad. Es responsabilidad del padre/tutor o del paciente adulto notificar al consultorio sobre procedimientos dentales anteriores, como radiografías de mordida, radiografías panorámicas y selladores. No asumimos ninguna responsabilidad si su seguro niega el pago. Nuestra oficina no asume ninguna responsabilidad por CUALQUIER información de seguro recibida, incluidos, entre otros, los beneficios permitidos; limitaciones; restricciones; exclusiones; fecha de conclusión; o estado de 'cobra' de una póliza. El seguro dental es un contrato entre el suscriptor y la compañía de seguros, no el consultorio dental. Es responsabilidad del suscriptor/padre comprender su política y limitaciones dentales, restricciones o exclusiones estado de cobra o fecha de terminación específica de esa póliza. Esta información está disponible en el departamento de Recursos Humanos, directamente del proveedor de servicios dentales o en los folletos de políticas proporcionados por el empleador.

SI SU SEGURO NO SE ENCUENTRA ARRIBA LISTADO, es posible que estemos fuera de la red con su proveedor dental. Comuníquese con su proveedor dental para verificar el estado de nuestra 'red'. Si está fuera de la red, es posible que aún podamos tratar al paciente. Los beneficios fuera de la red se asignan al paciente, no al proveedor, por lo tanto, el costo total del tratamiento dental tendrá que pagarse por adelantado, la compañía de seguros enviará al suscriptor cualquier beneficio dental. Todos los co-pagos para los planes fuera de la red se estiman y se basan en un programa de tarifas "razonable y habitual" que utilizan los proveedores de servicios dentales a nivel nacional para los proveedores "fuera de la red". Los co-pagos estimados vencen en el momento de la visita. Si usted (o su hijo) requiere un tratamiento dental extenso, nuestra oficina enviará un presupuesto previo al tratamiento antes de iniciar el tratamiento. ***Usted será responsable de CUALQUIER saldo que no cubra su proveedor dental. Cualquier disputa será gestionada directamente por el suscriptor con su compañía de seguros.***

ESTIMACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO nunca son garantía de beneficio o pago. **El beneficio real no se determina hasta que su seguro reciba un reclamo de tratamiento para su procesamiento final.** La mayoría de las compañías de seguros tienen pautas específicas con respecto al pago de los procedimientos. Los

beneficios dentales se basan en su asignación máxima anual, deducible y cualquier limitación, restricción o exclusión específica de su póliza, y el programa de tarifas establecido por su proveedor de servicios dentales. Además, muchas compañías de seguros tienen un 'máximo permitido' por procedimiento que puede ser menor que los honorarios presentados por nuestra oficina. **El paciente, padre o tutor es responsable de CUALQUIER saldo restante, a menos que el contrato de un proveedor participante determine lo contrario, como fue indicado anteriormente.** Si tiene cobertura dual, el proveedor secundario basará el pago en la cláusula de "coordinación de beneficios". El seguro dual no garantiza el pago total del tratamiento. Lea la información que ofrece su seguro para comprender la cláusula de coordinación de beneficios.

Las reclamaciones de seguros o las estimaciones previas al tratamiento se envían como cortesía para nuestros pacientes. La presentación de su reclamo dental de ninguna manera reduce su responsabilidad u obligación personal o financiera con la oficina. Reenviaremos las reclamaciones una vez si una compañía de seguros no responde con una autorización o pago dentro de los 60 días. Independientemente de la afiliación del paciente con un seguro dental específico o el tipo de cobertura dental, el paciente y/o el suscriptor son en última instancia responsables de CUALQUIER saldo no pagado.

*He leído, entiendo y acepto el contrato de póliza financiera. Entiendo y acepto plenamente la responsabilidad financiera por mí/mi hijo/la cuenta de mis hijos. Entiendo y acepto plenamente que soy responsable de CUALQUIER saldo de la cuenta, independientemente de mi participación en cualquier seguro dental. Si estoy asegurado, mi firma permite la asignación de beneficios directamente a Steven DeLisle DDS PC. Este acuerdo cubre pero no se limita a consultas, exámenes y tratamientos realizados desde la fecha inicial hasta 1 (un) año.*



# AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD Y DIVULGACIÓN DEL PACIENTE - HIPPA

## **NUESTRA PROMESA DE PRIVACIDAD**

Respetamos su privacidad. Aparte de los usos y divulgaciones necesarios que describimos, no venderemos su información médica ni proporcionaremos su información médica a ninguna empresa de marketing externa.

## **USOS Y DIVULGACIONES**

A continuación, encontrará ejemplos de cómo es posible que tengamos que usar o divulgar su información de atención médica:

- a. Es posible que su médico o un miembro del personal tenga que divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica o a un hospital si es necesario remitirlo a ellos para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de su afección médica.
- b. Puede ser necesario que nuestro personal de seguros y/o facturación divulgue sus registros de exámenes y tratamientos y sus registros de facturación a otra parte, como una compañía de seguros, su empleador, un miembro de la familia, otro pariente o amigo personal cercano, que esté involucrado en su cuidado o para facilitar el pago relacionado con su cuidado.
- c. Puede ser necesario utilizar su información de salud, registros de exámenes y tratamientos/registros de facturación para fines de control de calidad o para otros fines administrativos y así ejecutar nuestra práctica de manera eficiente y efectiva.
- d. Puede ser necesario utilizar su información (por ejemplo, nombre, dirección, número de teléfono y sus registros clínicos) para comunicarnos con usted y proporcionarle recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud que pueda interesarle. 164520 (b) (1) (iii) (A). Si no está en casa para recibir un recordatorio de cita, se dejará un mensaje en su contestadora automática.

\* Tenga en cuenta que, como nuestro paciente, usted posee el "derecho a negarse" a que nuestra oficina se comuniqué con usted en relación con las circunstancias mencionadas anteriormente. Sin embargo, si no nos da su autorización, podría afectar los métodos que usamos para obtener el reembolso por su atención.

## **USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS SIN SU CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN**

Según la ley federal, se nos permite o exige usar o divulgar su información médica sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

1. Si le estamos brindando servicios basados en las órdenes de otro proveedor de atención médica.
2. Si le brindamos servicios de atención médica en una situación de emergencia o de socorro en caso de desastre.
3. Si la ley nos exige que lo tratemos y no podemos obtener su consentimiento después de intentar hacerlo.
4. Si le brindamos servicios de atención médica como resultado de una lesión de compensación laboral.
5. Si usted es/fue miembro de las fuerzas armadas, las autoridades del comando militar nos exigen que divulguemos su información médica.
6. Si le brindamos servicios de atención médica como preso.
7. Si existen barreras sustanciales para comunicarse con usted, pero a nuestro juicio profesional, creemos que tiene la intención de que le brindemos atención.

Aparte de las circunstancias anteriores, cualquier otro uso o divulgación de su información médica solo se hará con su consentimiento por escrito.

## **Su derecho a revocar su autorización**

Puede revocarnos su autorización de divulgación de privacidad en cualquier momento. Sin embargo, su revocación debe hacerse por escrito. Puede llamar para obtener información sobre cómo revocar su autorización durante el horario laboral normal o enviar su solicitud a la dirección arriba indicada. Hay dos circunstancias en las que no podremos cumplir con su solicitud de revocación.

1. Si ya hemos divulgado su información médica antes de recibir su solicitud para revocar la autorización. 164.508 (b) (5) (i).
2. Si se le solicitó dar su autorización como condición para obtener un seguro, la compañía de seguros puede tener derecho a su información médica si decide impugnar cualquiera de sus reclamos. Si desea revocar su autorización, debe recibir una declaración por escrito en Sedation Dental Center of Las Vegas.

## **Su derecho a limitar el uso o las divulgaciones**

Si hay proveedores de atención médica, hospitales, empleadores, aseguradoras u otras personas u organizaciones a quienes no desea que divulguemos su información médica, infórmenos por escrito a qué personas u organizaciones no desea que divulguemos su información de salud. No estamos obligados a aceptar sus restricciones. Sin embargo, si estamos de acuerdo con sus restricciones, la restricción es vinculante para nosotros. Si no estamos de acuerdo con sus restricciones, puede retirar su solicitud o puede buscar atención de otro proveedor de atención médica.

Normalmente le proporcionamos información sobre su salud de manera personal en el momento en que recibe nuestros servicios. También podemos enviarle información sobre su salud o sobre el estado de su cuenta. Haremos todo lo posible para satisfacer cualquier solicitud razonable si desea recibir información en una forma diferente. Para ayudarnos a responder a sus necesidades, solicítelo por escrito.

#### **Su derecho a revisar y copiar su información médica**

Tiene derecho a revisar y copiar su información médica durante siete años a partir de la fecha en que se creó el registro o mientras la información permanezca en nuestros archivos. Requerimos que su solicitud para revisar y/o copiar su información médica sea por escrito.

#### **Su derecho a modificar su información médica**

Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica durante siete años a partir de la fecha en que se creó el registro o mientras la información permanezca en nuestros archivos. Requerimos que su solicitud para modificar sus registros sea por escrito y que nos dé una razón para respaldar el cambio que está solicitando que hagamos.

#### **Su derecho a recibir un informe de las divulgaciones que hemos hecho de sus registros.**

Tiene derecho a solicitar que le proporcionemos un informe de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica durante los últimos seis años antes de la fecha de su solicitud. Esta contabilidad incluirá todas las divulgaciones excepto:

- a. Aquellas divulgaciones necesarias para su tratamiento, para obtener el pago de sus servicios o para ejecutar nuestra práctica.
- b. Aquellas divulgaciones que se le hicieron a usted.
- c. Aquellas divulgaciones necesarias para mantener un directorio de las personas en nuestro centro o de las personas involucradas en su atención.
- d. Aquellas divulgaciones realizadas con fines de seguridad nacional o inteligencia.
- e. Aquellas divulgaciones hechas a oficiales correccionales o agentes del orden público.
- f. Aquellas divulgaciones que se realizaron antes de la fecha de vigencia de la ley de privacidad HIPPA.

#### **Nuestros deberes**

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información médica.

Debemos cumplir con los términos de este aviso mientras esté en vigor. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestros avisos de privacidad. Si realizamos un cambio en nuestros términos de privacidad, el cambio se aplicará a toda nuestra información médica en nuestros archivos.

#### **Re-divulgación**

La información que usamos o divulgamos puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona a la que proporcionamos la información y es posible que ya no esté protegida por las reglas federales de privacidad.

#### **Para obtener más información o reportar un problema**

Si tiene alguna pregunta y desea información adicional, puede comunicarse con nuestra práctica por escrito. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Keys AHEC a:

Michael Cunningham, CEO  
5800 Overseas Hwy, # 38  
Marathon, FL 33050  
[michael@keysahec.org](mailto:michael@keysahec.org) 305743 7111 ext 202

---

Firma del Padre/Tutor

Fecha