

SU INFORMACIÓN

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Email: _____
Seguro Social #: _____ Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Persona Responsable de la Cuenta si es Distinto de Paciente

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____ Empleador: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Contacto de Emergencia: _____ Relación con usted: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Empleador: _____ Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Aseguradora Primaria: _____ Titular de Póliza: _____
Fecha de Nacimiento del Titular: _____ Seguro Social #: _____ Grupo #: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de la compañía de seguros: _____ Aseguradora Fax: _____

INFORMACIÓN DE SEGUNDA ASEGURADORA

Segunda Compañía de Seguros: _____ Titular de Póliza: _____
Fecha de Nacimiento del Titular: _____ Seguro Social #: _____ Grupo #: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de la compañía de seguros: _____ Fax Compañía de Seguro: _____

EL PAGO DEBE SER LIQUIDADO EN EL MOMENTO DE SERVICIO

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados por Mi Casa Family Dentistry y también soy responsable de pagar cualquier co-pagos y deducibles que mi seguro no cubre. Autorizo a Mi Casa Family Dentistry para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de estos servicios. Yo autorizo el uso de esta firma en todos mis reclamos de seguro, ya sea manual o electrónico.

Firma: _____ Fecha: _____

Acuerdo Financiero

Para mi conveniencia, esta oficina puede relatar mi informacion a mi aseguransa y recibir pagos directamente de ellos.
Si es enviado/a a colecciones, esta de acuerdo de pagar una cuota de \$30 mas otras cuotas relacionadas y costes de corte.
Se ara todo lo posible para colectar pago de mi aseguransa. Pero si ellos no pagan, yo soy responsable.
Planes de tratamiento y circunstancias clinicas podrian cambiar. Yo soy responsable.

Historia Medica

Nombre de Doctor Medico: _____

Ciudad/Estado de Doctor: _____

Contacto de Emergencia: _____

Numero de Emergencia: _____

Lista de medicamentos que esta tomando:

Marque a que le tiene alergia:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Metales |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anesthetics |
| <input type="checkbox"/> Codein / Narcoticos | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Guantes de latex | <input type="checkbox"/> Drogas con Sulfa |

Otro: _____

Marque la condicion medica que tenga o tuvo:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardiaco | <input type="checkbox"/> Ataque al corazon/Infarto | <input type="checkbox"/> Prolapso vavula mitral |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon | <input type="checkbox"/> Diarrea Persistente |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/Alcol | <input type="checkbox"/> Vavula del corazon artificial | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazon | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Anemia / Leucemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia | <input type="checkbox"/> Cardiopatia Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Alta presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmision sexual |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Erupcion Cutanea | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Asma /Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulacion | <input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulo | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problema de Rinon | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre | <input type="checkbox"/> Herpes Labial/Herpes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Higado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Baja presion Sanguinea | |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Tumor | <input type="checkbox"/> Vesicula biliar | <input type="checkbox"/> Problemas Mentales | |

Otro: _____

Utiliza Tabacco? Si lo utiliza, de cual y cuanto? _____

Tiene una reaccion rara a inyecciones dentales? _____

Esta usted embarazada o tiene alguna razon por la cual piense que lo esta? Si No

Suena tener una sonrisa mejor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Le faltan dientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene dientes chuecos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene dolor dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Razon por su visita hoy:

Firmando abajo, la informacion proveida arriba es correcta y de mi mejor conocimiento.

Nombre del Paciente/Guardian legal (impreso) _____

Firma _____

Fecha _____





MI CASA

FAMILY DENTISTRY

5405 S. Pleasant Valley Rd.
Ste# 108
Austin TX. 78744
Phone# (512)229-0401

Consentimiento Para Compartir mi Información

"Yo _____ Le doy permiso a **Mi Casa Family Dentistry** para compartir mi información personal con las personas indicadas en esta página:

1. _____ Relacion: _____ FDN: _
2. _____ Relacion: _____ FDN: _

X _____ Fecha: _____

Firma del Paciente / Guardián Legal



Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO DETENIDAMENTE

Acerca de este Aviso:

Fecha de vigencia: Este Aviso entra en vigor el 6 de Octubre del 2016 y permanecerá vigente hasta que lo reemplace otro aviso. La expedición de este Aviso es obligatoria conforme a la HIPAA (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, del Código 42 de los Estados Unidos, §1320d y sigs., y las regulaciones adoptadas bajo esta ley). En el presente Aviso, el término “agencia” se refiere a Mi Casa Family Dentistry.

La agencia se reserva el derecho de cambiar los términos del presente Aviso. El nuevo Aviso se le enviará a usted a la dirección suya más reciente que la agencia tenga en sus registros. Es el deber de usted informar a la agencia de inmediato si su dirección ha cambiado. Las prácticas mencionadas en el nuevo Aviso serán aplicables a toda la información de salud que la agencia tenga sobre usted, independientemente de cuándo la agencia haya recibido o creado esa información.

Sus derechos de privacidad:

La ley le da a usted el derecho a:

- Recibir la notificación adecuada de: (1) los usos y la divulgación de información protegida de salud que la agencia o su proveedor de servicios de salud pueden hacer, (2) los derechos de usted relacionados con su información de salud, y (3) la obligación legal de la agencia y el proveedor de servicios de salud de proteger la información médica, con algunas excepciones legales.
- Pedirle a la agencia o a su proveedor de servicios de salud que restrinja ciertos usos o divulgación de información médica sobre usted. La agencia no está obligada a acceder a esas peticiones, excepto en algunos casos cuando usted nos pida que no divulguemos información a su plan de salud sobre servicios por los cuales usted haya pagado en su totalidad con su propio dinero. La agencia podría requerir que usted nos haga llegar su petición por escrito.
- Pedir comunicaciones confidenciales sobre la información de su salud, y hacer peticiones razonables para recibir la información de manera diferente o en un lugar diferente. La agencia o el proveedor de servicios de salud podrían requerir que usted haga su petición por escrito, exponiendo o explicando los detalles de su petición. Por ejemplo, usted podría explicar que el envío de la información a su dirección usual podría ponerlo en peligro. Debe ser específico sobre dónde y cómo puede la agencia comunicarse con usted.
- En algunas situaciones, ver o recibir una copia de cierta información de salud que la agencia o su proveedor de servicios de salud tienen sobre usted.
- Pedir a la agencia o al consultorio de su Dentista de servicios de salud oral que corrijan cierta información sobre usted si usted piensa que la información es incorrecta o está incompleta. La mayoría de las veces, la agencia no puede cambiar o eliminar información, incluso si es incorrecta. Si la agencia o el proveedor de servicios de salud deciden que deben hacer la corrección, añadirán la información correcta al expediente y anotarán que la nueva información sustituye a la información antigua. La información antigua permanecerá en el expediente. Si la agencia o el proveedor de servicios de salud deniegan su petición de cambiar la información, puede hacer que el director de privacidad de la agencia revise el desacuerdo presentado por escrito por usted y lo ponga en su expediente.
- Pedir una lista de la divulgación de determinada información de salud que la agencia o el proveedor de servicios de salud hayan hecho.
- Pedir y obtener de la agencia o de su oficina de privacidad una copia en papel de este Aviso.
- Cancelar el permiso que usted haya dado a la agencia o al proveedor de servicios de salud para usar o compartir información médica que le identifique a usted en algunos casos, a menos que la agencia o el proveedor de servicios de salud hayan ya actuado con base en su permiso. Usted necesita cancelar por escrito su permiso y entregar la cancelación a la oficina de privacidad de la agencia.
- En algunas situaciones, ser notificado por carta, por parte del director de privacidad de la agencia, si su información de salud ha sido utilizada o compartida de manera no autorizada.

- Ser notificado de los cambios materiales en la forma en que la agencia usa o comparte la información de salud sobre usted. Todos los cambios realizados al Aviso serán publicados en el sitio web de la agencia y usted podrá disponer del Aviso revisado en el consultorio de su proveedor de salud.
- Para todos los avisos dirigidos a la agencia o a la oficina de privacidad del proveedor de servicios de salud, o para las peticiones de copias de información de estos, vea la sección “Quejas y preguntas”, donde encontrará la información para ponerse en contacto.

Es deber de la agencia proteger la información de salud que lo identifique:

La ley exige que la agencia tome medidas razonables a fin de proteger la privacidad y la seguridad de su información médica. También exige que la agencia le dé a usted este Aviso, el cual describe las obligaciones legales de la agencia y las prácticas de privacidad. En la mayoría de las situaciones, la agencia no puede usar ni compartir ninguna información médica que lo identifique a usted si no cuenta con la autorización de usted por escrito, excepto para llevar a cabo un tratamiento, para el pago de la atención médica que usted reciba o de las operaciones de atención médica de la agencia, o según lo especifique la ley, como se describe a continuación. Este Aviso explica las circunstancias bajo las cuales la agencia puede usar o compartir información médica que lo identifique a usted sin que usted dé su autorización. La agencia está obligada a apearse a los términos del aviso actualmente en vigor.

Los miembros del equipo de trabajo de la agencia (empleados, personal en capacitación, voluntarios y contratistas de personal suplementario) están capacitados y tienen la obligación de proteger la información médica sobre usted. La agencia no permite que los empleados tengan acceso a información médica a menos que la necesiten por motivos de trabajo. Los motivos de trabajo para tener acceso a información médica incluyen, entre otros, la toma de decisiones relacionadas con prestaciones, el pago de facturas y la planificación de la atención que usted necesite. La agencia castigará a aquellos empleados que no protejan la privacidad de la información médica que lo identifique a usted, de acuerdo con la ley y las políticas de la agencia.

La agencia le informará a usted si llegara a ocurrir alguna violación de la seguridad de la información médica protegida, conforme lo exige la ley. La agencia está obligada a informarle incluso aunque no haya ninguna razón para sospechar de un uso inapropiado de la información médica protegida. Usted será informado por correo o por teléfono tan pronto como sea razonablemente posible. Es su obligación, o la de su representante legalmente autorizado, informar inmediatamente a la agencia si su dirección ha cambiado.

Usos y divulgaciones que podrían requerir su autorización por escrito:

Los usos y las divulgaciones para los cuales la agencia podría requerir su autorización incluyen, entre otros, los siguientes:

Márketing. De ser aplicable, la agencia no usará ni compartirá su información médica sin su autorización por motivos de comunicaciones de marketing de un producto, como un medicamento, un recurso médico o servicios que alienten la compra o el uso de un producto o servicio, excepto si la comunicación se lleva a cabo en la forma de:

- una comunicación con usted frente a frente promovida por la agencia, o
- un obsequio promocional de poco valor proporcionado por la agencia

Venta de información de salud protegida. La agencia no venderá su información de salud protegida a ninguna persona a cambio de un pago directo o indirecto, excepto:

- A otro proveedor de atención de salud, plan de salud o centro de información de atención de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, o
- para realizar un seguro o la función de una organización de mantenimiento de la salud autorizados por la ley, o
- Conforme haya sido autorizado o así lo exija la ley estatal o federal.

Los términos “vender” o “venta” se refieren a aquellas divulgaciones efectuadas por la agencia o su asociado para las que exista un pago directo o indirecto de parte de una tercera persona, la cual recibe información de salud protegida a cambio del pago.

4. Captación de fondos. De ser aplicable, la agencia necesita obtener su autorización por escrito cuando comparta información de salud protegida sobre usted con fines de captación de fondos; una excepción consiste en que la agencia podría usar o compartir, con un asociado o para una fundación institucionalmente relacionada, la siguiente información de salud:

- Información demográfica relacionada con un individuo, incluidos su nombre, dirección, otra información de contacto, edad, género y fecha de nacimiento; y
- Las fechas de la atención de salud proporcionada a un individuo;
- Información del departamento de servicios;
- Información del médico tratante;
- Información de un resultado de salud; e
- Información del seguro médico.

Usos y divulgaciones que no requieren de su autorización por escrito:

Tratamiento. La agencia puede usar o compartir la información de salud sobre usted con otros proveedores de atención médica que estén involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, la agencia puede proporcionar la información sobre usted a otros proveedores a fin de que a usted lo pueda ver un especialista proveedor de atención de salud en una consulta

Pago. La agencia puede usar o divulgar cierta información médica sobre usted para el pago de su atención dental o para recabar el pago de esta. Por ejemplo, cuando su proveedor de servicio de atención dental envía una factura a la agencia o a su plan de salud, incluye cierta información acerca de su tratamiento.

Operaciones de atención de salud. La agencia puede usar o compartir información médica sobre usted para sus operaciones de atención dental.

La agencia puede también compartir información médica sobre usted con los asociados de negocios de la agencia (contratistas) o con los subcontratistas de los asociados de negocios, si el asociado de negocios o el subcontratista:

- Necesitan la información para llevar a cabo servicios en nombre de la agencia, y
- Aceptan proteger la privacidad de la información de conformidad con las normas de la agencia.

Otros ejemplos de usos y divulgaciones para las operaciones de atención dental por parte de la agencia incluyen, entre otros, el uso o divulgación de información médica para la administración de casos; asegurarse de que un proveedor de servicios de atención médica esté debidamente calificado para dar tratamiento médico a individuos; o realizar una auditoría a la factura de un proveedor de servicios de atención médica a fin de asegurarse de que el importe facturado a la agencia es únicamente por concepto de la atención que usted haya recibido. Una agencia también podría comunicarse con usted para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios adicionales que podrían ser de su interés.

Familiares, otros parientes, tutores, representantes legalmente autorizados (LAR) o amigos cercanos. La agencia puede compartir la información médica sobre usted con su consentimiento o, en caso de emergencia, si usted no tiene capacidad para dar su consentimiento, o según lo autorice la ley, con un familiar, otro pariente, tutor, representante legal autorizado o amigo cercano en las siguientes situaciones:

- Cuando la información médica esté directamente relacionada con la participación de esa persona en la atención médica de usted o con el pago relacionado con su atención dental.

Un “familiar” o “pariente” significa:

- (1) La persona que depende de usted, o
- (2) Cualquier otra persona que tenga parentesco en primer grado, segundo grado, tercer grado o cuarto grado con usted, como sus:

- Padres, esposos, hermanos e hijos.
- Abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinos y sobrinas.
- Bisabuelos, bisnietos, tías abuelas, tíos abuelos y primos en primer grado.
- Tatarabuelos, tataranietos e hijos de primos en primer grado.

La agencia puede inferir de manera razonable en beneficio de usted la autorización a una persona para que actúe en su nombre en casos como la obtención de recetas, provisión de medicinas, radiografías u otras formas similares de información médica protegida, a menos que la divulgación de la información esté prohibida por ley, como sería la información sobre un trastorno por el uso de sustancias.

Usos y divulgaciones de PHI (información de salud protegida) “conforme lo exija la ley”. La agencia puede usar o divulgar la información de salud protegida sobre usted en la medida en que este uso o divulgación sean exigidos por ley y el uso o divulgación se ajusten a y estén limitados por los requisitos pertinentes de esa ley.

D. Víctimas de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar. La agencia puede divulgar información de salud protegida acerca de usted si la agencia considera de manera razonable que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar, a una entidad gubernamental, incluido un servicio social o una agencia de servicios de protección autorizados por ley para recibir informes de tal abuso, negligencia o violencia intrafamiliar, en la medida en que la divulgación sea exigida por ley y la divulgación cumpla con y esté limitada por lo permitido por la ley en los siguientes casos:

- Si usted está de acuerdo con la divulgación;
- Si existe una ley que autorice su divulgación; y
 - Si la agencia, en ejercicio de su criterio profesional, cree que la divulgación es necesaria para prevenir que pudiera ocasionarle un daño grave a usted o a otra persona, o
 - Si usted no puede dar su consentimiento a causa de una discapacidad, y un agente de policía u otro funcionario público autorizado para recibir el informe hace presente que la información de salud protegida, cuya divulgación se pretende, no tiene como fin el ser utilizada contra usted y es necesaria para tomar medidas inmediatas.

Si la agencia elabora un informe bajo esta sección, la agencia le informará a usted o a su representante legalmente autorizado acerca del informe, a menos que:

- La agencia considere de buena fe que informarle a usted lo pondría en riesgo de sufrir un daño; o
- La agencia cree razonablemente que su representante legalmente autorizado podría ser responsable del abuso, e informar a esa persona no es lo mejor para usted.

Quejas y preguntas sobre el uso o divulgación de la información:

Si piensa que se han violado sus derechos de privacidad, comuníquese con la agencia.

Si piensa que la agencia ha violado sus derechos de privacidad, también puede presentar una queja ante la U.S. Department of Health and Human Services. Su información será proveída cuando usted no la pida.

La agencia prohíbe cualquier represalia contra usted en caso de que presente una queja.



Reconocimiento de Revision

*****Usted puede negar a firmar este reconocimiento*****

Fecha: _____

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de Mi Casa Family Dentistry (versión en vigor el 6 de Octubre del 2016), el cual explica el uso que se le dará a mi información dental y las formas en que está se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso al solicitarla.

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Firma del Paciente

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please be specific): _____

Employee Signature

Date