



Clínica Dental de White Bird; Evento Give Kids a Smile

### **Autorización Para Servicios Dental**

No hay costo por los servicios dentales proporcionados durante nuestro evento. Sin embargo, intentaremos obtener reembolso de su proveedor de seguros dental siempre que sea posible; Esto nos ayuda a extender nuestros dólares para proporcionar tratamiento dental a más niños que no tienen ninguna forma de seguro. Por favor, complete este formulario y regrese rápidamente por correo, fax o correo electrónico (información de privacidad, HIPPA, al final del formulario). Si necesita más información, por favor visite nuestra clínica o llámenos al 541.344.8302.



Nombre del Niño/a: _____		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
(Apellido)	(1 <sup>er</sup> Nombre)	(2 <sup>do</sup> Nombre)	
Nombre del Padre o Guardián y #de teléfono: _____			
Dirección: _____		Ciudad: _____	Correo postal: _____



#### **Tratamiento que me gustaría que mi hijo/a tuviera:**

(Por favor numere en orden de prioridad los servicios que le gustaría que su hijo/a reciba)

**Relleno                      Extracción                      Limpieza dental                      Pasta de fluoruro                      Sellantes**

Fecha de el ultimo exam o visita dental \_\_\_\_\_

Mi hijo tiene un hogar dental/ dentista                       Mi hijo **NO** tiene un hogar dental/ dentista.



La ley del estado requiere una historial medica básica para cada niño que recibe servicios. Por favor llene esta forma completamente, rellenando todas las áreas.
Nombre del doctor medico de mi hijo/a. Fecha de último examen.
Mi hijo/a está tomando (lista de medicamentos):
Mi hijo/a es alérgica a:
Mi hijo/a tiene (circule todo que le aplique a su hijo/a): Soplo en el Corazón                      Epilepsia                      Asma Diabetes                      Cirugía: Otro:
Salud de Comportamiento (por favor describa):
Medico de mi hijo/a? ¿El último examen fue?

Para extender nuestra beca y ser capaz de continuar proporcionando servicios gratuitos a los demás, por favor marque y complete la siguiente información.
<b>Seguro Dental:</b> Identificación de suscriptor: # Grupo:
<b>Etnicidad:</b> Nativo-americano                      Hispano                      Asiático Afro-americano                      Caucasiano                      Otra:
<b>Alojamiento:</b> Propietario                      alquilar                      Comparte con otros Sin Hogar                      Sección 8                      Otro:
<b>Tamaño de la familia e ingreso mensual:</b>

Como el padre / tutor, doy permiso para que mi hijo/a reciba el tratamiento especificado arriba. También doy consentimiento para el intercambio de información entre la clínica dental White Bird y el distrito escolar donde mi hijo/a atiende. Autorizo la divulgación de la información a las compañías de seguros y los especialistas dentales si es necesario y aplicable. Este consentimiento se mantendrá vigente durante 12 meses. Los servicios dentales de este evento están diseñados para **complementar**, pero no reemplazar las visitas regulares al dentista de su hijo/a. Al firmar esta forma, yo también reconozco que he recibido una copia de la poliza de privacidad que esta figada con este formulario.

Firma del padre/ tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



#### CLINICA DENTAL PAJARO BLANCO

#### ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información protegida de la salud, a proveer a individuos con aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida, y notificar a individuos afectados tras un incumplimiento de no segura protegida información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este aviso entra en vigor 09/23/2013, y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, están permitidos siempre y cuando dichos cambios por la ley aplicable, y establecer nuevas disposiciones de aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cuando hacemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y colocaremos el nuevo Aviso manera clara y prominente en nuestra práctica ubicación, y le proporcionaremos copias de la nueva Notificación previa solicitud.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor, póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso

#### CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos utilizar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, incluyendo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para cada uno de estas categorías, hemos suministrado una descripción y un ejemplo. Alguna información, tal como información relacionada con el VIH, la información genética, el alcohol y / o registros de abuso de sustancias, y los registros de salud mental pueden ser derecho a protecciones de confidencialidad especiales en virtud del estado aplicable o la ley federal. Vamos a cumplir con estas protecciones especiales que se relacionan a los casos aplicables que implican este tipo de registros.

**Tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos revelar su salud información a un especialista que le proporciona el tratamiento

**Pago.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud a obtener el reembolso para el tratamiento y los servicios que recibe de nuestra parte o de otra entidad involucrada en su atención. Actividades de pago incluir la facturación, cobros, gestión de reclamaciones, y determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago de usted, una compañía de seguro o un tercero. Por ejemplo, podemos enviar las reclamaciones a su plan de salud dental que contiene cierta información de salud.

**Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información en relación con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, operaciones de atención médica incluyen la evaluación de la calidad y mejora actividades, la realización de programas de formación y actividades de concesión de licencias.

**Las personas involucradas en su atención médica o pago de su atención médica.** Podemos revelar su información de salud a su familia o amigos o cualquier otra persona identificada por usted cuando están involucrados en su cuidado o en el pago de su atención. Adicionalmente, podemos revelar información sobre usted a un representante de pacientes. Si una persona tiene la autoridad por ley a tomar decisiones de atención médica por usted, lo haremos tratar de que el representante del paciente de la misma manera que trataríamos a usted con respecto a su información médica.

**Alivio de Desastres.** Podemos usar o divulgar su información de salud a ayudar en los esfuerzos de alivio de desastres.

**Requerido por la ley.** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando estamos obligados a hacerlo por ley.

**Actividades de salud pública.** Podemos revelar su información de salud para actividades de salud pública, incluidas las revelaciones a:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Reportar el abuso o negligencia;
- Informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos;
- Notificar a una persona de un retiro, reparación o sustitución de los productos o dispositivos;
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o condiciones; o
- Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Seguridad Nacional.** Podemos revelar a las autoridades militares la información de la salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los oficiales federales autorizados de salud información requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a correccional institución o oficial de la ley tenga la custodia legal de la información de salud de un recluso o paciente.

**Secretario de HHS.** Daremos a conocer su información de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento de HIPAA.

**Compensación a los Trabajadores.** Podemos revelar su PHI en la medida autorizada por y en el punto necesario para cumplir con las leyes para la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

**Aplicación de la Ley.** Podemos revelar su PHI para las fuerzas del orden propósitos que permite la ley HIPAA, como exige la ley, o en respuesta a una citación u orden judicial.

**Actividades Supervisión de Salud.** Podemos revelar su PHI a una agencia para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones, y la acreditación, según sea necesario para licencia y para que el gobierno controle el sistema de atención de la salud, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Procedimientos Judiciales y Administrativos.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a un mandato judicial u orden administrativa. También podemos revelar información sobre su salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal instituido por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si los esfuerzos se han hecho, ya sea por la parte solicitante o nosotros, para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Investigación.** Podemos revelar su PHI a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por un comité de revisión institucional o comité de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información.



**Médicos forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias consistentes con la ley aplicable para que puedan llevar a cabo sus funciones.

**La Recaudación de Fondos.** Podemos comunicarnos con usted para ofrecerle información sobre nuestras actividades patrocinadas, incluyendo los programas de recaudación de fondos, según lo permitido por la ley aplicable. Si no desea recibir este tipo de información de nosotros, usted puede optar por no recibir las comunicaciones.

**Otros usos y divulgaciones de PHI.** Se requiere su autorización, con algunas excepciones, para la divulgación de las notas de psicoterapia, el uso o la divulgación de su PHI para la comercialización, y para la venta de PHI. También vamos a obtener su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar su PHI para fines distintos a los previstos en este Aviso (o según lo permita o exija la otra manera ley). Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Sobre recepción de la revocación por escrito, vamos a dejar de usar o divulgar su PHI, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acción en virtud de lo autorizado.

**Sus Derechos de Información de Salud Acceso.** Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted debe hacer la solicitud por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso mediante el uso de la información que aparece al final de este aviso en contacto. Usted puede también tener solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Si usted solicita información que mantenemos sobre el papel, podemos proporcionar fotocopias. Si usted solicita información que mantener la electrónica, tiene derecho a una copia electrónica. Vamos a utilizar la forma y formato que usted solicite si es fácilmente producible. Le cobraremos una tarifa basada en el costo razonable para el costo de suministros y mano de obra de la copia, y por gastos de envío si desea copias enviado por correo. Póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso para una explicación de nuestra estructura de honorarios. Si se le niega una solicitud de acceso, usted tiene el derecho de se revise la denegación de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.

**Auditoría de las Revelaciones.** Con la excepción de ciertas divulgaciones, usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones de su información de salud de conformidad con las leyes aplicables y regulaciones. Para solicitar una contabilidad de divulgaciones de su información de salud, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un Periodo de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basada en el costo para responder a las solicitudes adicionales.

**Derecho a solicitar una restricción.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su PHI por la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su escrito solicitud debe incluir (1) qué información desea limitar, (2) si usted quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto en el caso en que la divulgación es un plan de salud con el propósito de llevar a cabo las operaciones de pago o de la salud, y la información se refiera exclusivamente a un artículo o servicio de atención médica para que usted, o una persona en su nombre (que no sea el plan de salud), ha pagado la práctica en su totalidad.**

**Comunicación Alternativa.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar los medios alternativos o ubicación, y proveer una explicación satisfactoria de cómo los pagos serán manejados bajo los medios o el lugar alternativos que solicita. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted usando las formas o lugares que ha requerido podemos comunicarnos con usted utilizando la información que tenemos.

**Enmienda.** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Si estamos de acuerdo con su solicitud, vamos a modificar su registro (s) y le notificará de tal. Si negamos su solicitud de enmienda, nosotros la rechazamos y un escrito explicación de por qué la denegamos y explicarle sus derechos.

**Derecho a la Notificación de Una Violación.** Usted recibirá notificaciones de las infracciones de su información de salud protegida no asegurada como requerido por la ley.

**Aviso Electrónico.** Usted puede recibir una copia impresa de este Aviso previa solicitud, incluso si usted ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

**Preguntas y Reclamaciones.** Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor comuníquese con nosotros.

**Si le preocupa que** podamos haber violado sus derechos de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para tenemos nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede presentarnos una queja usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., bajo petición. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Nuestro Oficial de Privacidad: Kim Freuen  
Teléfono: 541-344-8302 Fax: 541-343-3494

Dirección:  
Pájaro Blanco Clínica Dental,  
1400 Mill Street, Eugene, Oregon 97401

Correo Electrónico: [dentalfrontoffice@whitebirdclinic.org](mailto:dentalfrontoffice@whitebirdclinic.org)