

Formulario de admisión del paciente



Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

Código del paciente: _____

Fecha: _____

Información del paciente, la farmacia y el seguro

Información del paciente

Fórmula de tratamiento: Abg. Dr. Sr. Sra. Sa. Srta. Rev.

Nombre: _____

Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fórmula de tratamiento: DDS DMS II III IV Jr. MD Sr.

Calle: _____

Código postal: ____ Ciudad: _____ Estado: ____ País: _____

N.º de teléfono: _____

¿Es un número de teléfono móvil? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino No especificado

Contacto en caso de emergencias: _____

N.º de teléfono en caso de emergencias: _____

Idioma principal: Inglés Español Otro:

Parte responsable

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Calle: _____ Código postal: ____ Ciudad: _____ Estado: ____ País: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino No especificado

Firma de la parte responsable: _____

Fecha: _____

Farmacia de su preferencia

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Calle: _____

Código postal: ____ Ciudad: _____ Estado: _____

Formulario de admisión del paciente



Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

Código del paciente: _____

Fecha: _____

Información del paciente, la farmacia y el seguro

Seguro dental primario

¿Es el suscriptor el paciente? Sí No

Información del suscriptor:

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Nombre del empleador:

Compañía aseguradora:

Número de tel. de la compañía aseguradora:

Identificación/número de póliza del
suscriptor:

Número de grupo/contrato:

Fecha de nacimiento:

Relación del paciente con el
suscriptor: Hijo Dependiente con discapacidad Esposo Él/ella mismo/a Esposa Otro dependiente

Seguro dental secundario

¿Es el suscriptor el paciente? Sí No

Información del suscriptor:

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Nombre del empleador:

Compañía aseguradora:

Número de tel. de la compañía aseguradora:

Identificación/número de póliza del
suscriptor:

Número de grupo/contrato:

Fecha de nacimiento:

Relación del paciente con el
suscriptor: Hijo Dependiente con discapacidad Esposo Él/ella mismo/a Esposa Otro dependiente

Divulgación de información a compañías aseguradoras y asignación de beneficios (debe estar firmada por todos los pacientes con seguro y quienes esperen obtener seguro).

En la medida en que lo permite la ley, presto mi consentimiento para que los consultorios a los que asisto (o las personas a las que estos designen) usen y divulguen mi información médica protegida para realizar actividades de pago vinculadas con mi reclamación de seguro. Esta información se usará exclusivamente a los fines de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios. Además autorizo e indico que se pague al consultorio los beneficios odontológicos que de otro modo me corresponderían.

(Si el paciente es menor de edad o discapacitado, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar y completar la sección Parte responsable.)

Firma de la parte responsable:

Fecha: _____



Formulario de admisión del paciente

Nombre del paciente:

N.º de cuenta:

Código del paciente:

Fecha: _____

Antecedentes de salud

Antecedentes dentales

Motivo de la visita: Diente roto Control Estético Dentaduras postizas Dolor de diente Otro

Otro: _____

Fecha de la última visita dental: No recuerdo la fecha exacta En los últimos 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años Más de 4 años Nunca

Otro: _____

Fecha de la última radiografía dental: No recuerdo la fecha exacta En los últimos 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años Más de 4 años Nunca

Otro: _____

Fecha de la última limpieza: No recuerdo la fecha exacta En los últimos 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años Más de 4 años Nunca

Otro: _____

Altura: ____ ft ____ en peso: ____

Salud oral

¿Alguna vez recibió tratamiento por una enfermedad periodontal (de las encías)? Sí No

¿Alguna vez le aplicaron novocaína u otro anestésico local? Sí No

¿Está interesado en el blanqueamiento dental? Sí No

En una escala de 1 a 10, ¿qué tan satisfecho está con su sonrisa? _____

¿Está interesado en tener una dentadura postiza? Sí No

¿Actualmente usa dentadura postiza? Sí No

Antigüedad de la dentadura postiza: Menos de 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años De 4 a 7 años Más de 7 años

Marque a continuación cualquier afección que corresponda en su caso:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor mandibular (TMJ) | <input type="checkbox"/> Bruxismo/apretar y rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Uso de productos con tabaco | <input type="checkbox"/> Llagas en la boca |
| <input type="checkbox"/> Dientes sensibles | <input type="checkbox"/> Dientes rotos/flojos | <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar/tragar | <input type="checkbox"/> Encías inflamadas/sangrantes |



Formulario de admisión del paciente

Nombre del paciente:

N.º de cuenta:

Código del paciente:

Fecha: _____

Historial de salud

Historial de salud

¿Actualmente visita a un médico de cabecera? Sí No

Nombre del médico de cabecera: _____ Número de teléfono del médico: _____

Fecha del último examen físico:

No recuerdo la fecha exacta En los últimos 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 3 años Más de 4 años Nunca Otro

Otro: _____

¿Alguna vez estuvo hospitalizado? Sí No

¿Recibe o recibió en los últimos 2 años terapia con esteroides/cortisona? Sí No

¿Alguna vez presentó una reacción adversa o se descompuso luego de tomar penicilina, aspirina o codeína, recibir anestesia local, entrar en contacto con látex o metales, o bien recibir otro medicamento? Sí No

¿Toma o tomó bifosfonatos orales (p. ej., FOSAMAX, BONIVA) o bifosfonatos por vía intravenosa (p. ej., ZOMETA, AREDIA)?

Sí No ¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Debe tomar antibióticos antes de procedimientos dentales? Sí No

¿Es alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

El paciente no tiene alergias conocidas a medicamentos

Amoxicilina Codeína Epinefrina Novocaína Penicilina Sulfuro Tetraciclina Otro: _____

Enumere los medicamos que tome, incluidos los fármacos de venta libre y los medicamentos a base de hierbas/las vitaminas:

El paciente no toma ningún fármaco de venta libre ni medicamentos a base de hierbas/vitaminas



Formulario de admisión del paciente

Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

Código del paciente: _____

Fecha: _____

Historial de salud

Marque a continuación cualquier afección que corresponda en su caso:

El paciente no tiene antecedentes de las afecciones que se mencionan a continuación.

Alcoholismo

Diabetes

Lupus

Alergias o urticaria

Tipo: _____

Prolapso de la válvula mitral

Alergia al látex

Diálisis

Discapacidad motriz

Anemia

Adicción a las drogas

Trasplantes de órganos

Anticoagulantes

Epilepsia

Tipo: _____

Cualquier tipo de implante

Hemorragia excesiva

Marcapasos

Tipo: _____

Mareos/desmayos

Atención psiquiátrica

Artritis

Discapacidad auditiva

Radioterapia

Aspirina

Soplo cardíaco

Radiocirugía

Asma

Problemas cardíacos

Fiebre reumática

Articulación artificial/clavos

Tipo: _____

Convulsiones

Tipo: _____

Cirugía del corazón

Enfermedad de transmisión sexual

Edad: _____

Hepatitis

Problemas sinusales

Transfusión de sangre

Tipo: _____

Problemas estomacales

Problemas respiratorios

Presión arterial alta

Accidente cerebrovascular

Cáncer

VIH

Enfermedad de la tiroides

Tipo: _____

Enfermedad renal

Tuberculosis (TB)

Quimioterapia

Enfermedad hepática

Úlceras

Coumadin

Presión arterial baja

Discapacidad visual

Demencia

Enfermedad pulmonar

Otra enfermedad/afección

Tipo: _____

Pacientes mujeres únicamente

¿Está embarazada? Sí No Fecha aproximada del parto: _____

¿Se encuentra amamantando? Sí No

¿Está tomando medicamentos anticonceptivos recetados? Sí No

****NOTA:** Los antibióticos (como la penicilina) pueden alterar la efectividad de las pastillas anticonceptivas. Consulte a su médico/ginecólogo para obtener asistencia respecto de métodos anticonceptivos adicionales.



Formulario de admisión del paciente

Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta: _____

Código del paciente: _____

Fecha: _____

Historial de salud

Certifico que he leído y que comprendo las preguntas anteriores y dejo constancia de que las respondí a mi leal saber y entender. Por el presente, otorgo mi consentimiento para que el dentista lleve a cabo un examen y diagnostique mi afección. También presto mi consentimiento para cualquier procedimiento preventivo y de restauración básico que pudiera resultar necesario. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo o el dentista demos por terminado el tratamiento.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del médico/Revisión de los antecedentes médicos: _____

Fecha: _____

ACTUALIZACIÓN A LOS 6 MESES

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del médico/Revisión de los antecedentes médicos: _____

Fecha: _____



Autorización para la divulgación de los registros médicos a partes externas (opcional).

Autorizo la divulgación de información procedente de los registros de mi tratamiento a:

Nombre del destinatario: _____

Relación con el paciente: _____

Brindo mi autorización para divulgar la siguiente información:

- Toda la información del tratamiento
- Información específicamente relacionada con estas fechas de tratamiento

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____



Consentimiento para obtener el historial de los medicamentos del paciente (opcional).

En la medida en que lo permite la ley vigente, autorizo a este consultorio odontológico (o a sus designados) a obtener de mi farmacia y compañía aseguradora (según corresponda) información sobre mi historial de recetas y otorgo a mi farmacia y compañía aseguradora permiso para divulgar dicha información. Esto incluye información relacionada con medicamentos para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas mentales.

Firma: _____

Fecha: _____



Políticas financieras

Los consultorios de Aspen Dental asumen el compromiso de prestarle un servicio excepcional y brindarle tratamientos que aborden necesidades tanto a corto como a largo plazo. Le facilitamos obtener la atención que necesita con nuestra Peace of Mind Promise™ (Promesa de tranquilidad), que incluye el compromiso de proporcionar precios bajos todos los días, opciones de financiamiento flexibles, sin sorpresas desagradables. También aceptamos una variedad de opciones de pago y trabajamos con todas las compañías aseguradoras para que todo le resulte más sencillo. Hemos asumido el compromiso de mantener nuestros precios bajos, de modo que pueda obtener la atención que necesita. Sabemos que cuenta con muchas opciones y agradecemos que haya decidido confiarnos su atención odontológica.

1. Una estimación del costo de tratamiento escrita y clara

Su dentista le proporcionará un plan de tratamiento integral luego de evaluar su salud odontológica general. Le proporcionaremos una estimación clara y detallada del costo de su plan de tratamiento por escrito para que usted sepa qué esperar, incluidos los beneficios estimados del seguro.

Si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura de seguro, le recomendamos que se comunique con su compañía aseguradora.

2. Política de pago

Rigen las siguientes políticas de pago:

- El pago total del monto de la Responsabilidad financiera del paciente, según se especifique en el Formulario de aceptación de tratamiento y acuerdo de pago, deberá realizarse antes del momento en el que se presten los servicios. Entre los métodos aceptables de pago se incluyen efectivo, cheques personales, Visa®, MasterCard®, American Express®, Discover®, beneficios de seguros asignados y programas de financiamiento selectos de terceros.
- En el caso de los planes de tratamiento integrales que requieran varias visitas al consultorio, se exige un depósito mínimo del 60 % del monto de la Responsabilidad financiera del paciente.
- Usted puede, a su criterio, elegir pagar de manera anticipada la totalidad de los planes de tratamiento integrales. Los reembolsos se procesarán de acuerdo con nuestra política de reembolso.

3. Política de reembolso

Puede suspender el tratamiento y solicitar un reembolso en cualquier momento por cualquier monto que pague por el tratamiento y que no reciba; no obstante, los pacientes sometidos a tratamientos de puentes y coronas son responsables del costo total del plan de tratamiento una vez iniciada la preparación de los dientes.

La solicitud de reembolso se procesará de la siguiente forma:

- Método original de pago. Los reembolsos se procesarán según el método original de pago, con excepción de los pagos en efectivo, que se reembolsarán mediante cheque.
- Siete días de inactividad: Nuevos pacientes. Si es un paciente nuevo que no se ha realizado ningún tratamiento, que no tiene citas programadas y que cuenta con un saldo de crédito en su cuenta: Luego de siete días de inactividad, recibirá automáticamente (a) un aviso en el que se indique que tiene derecho a un reembolso si pagó en efectivo o con cheque, o bien (b) un reembolso automático según el método de pago original si pagó con tarjeta de crédito o mediante financiamiento externo.



Políticas financieras

- 60 días de inactividad (*los pacientes de Massachusetts deben consultar a continuación). Después de 60 días de inactividad, los saldos de crédito actuales de las cuentas se reembolsarán automáticamente según el método de pago original, con excepción de los pagos en cheque/efectivo, que se notificarán mediante carta.
- * Pacientes de Massachusetts: Después de 45 días del último depósito sin una cita futura, los saldos de crédito actuales de las cuentas se reembolsarán automáticamente según el método de pago original, con excepción de los pagos en cheque/efectivo, que se notificarán mediante carta. Después de 45 días de inactividad, los saldos de crédito actuales de las cuentas de pacientes con prótesis se reembolsarán automáticamente según el método de pago original, salvo en el caso de los pagos en cheque/efectivo, que se notificarán mediante carta.
- * 180 días de inactividad (pacientes con prótesis parcial únicamente). Después de 180 días de inactividad, los saldos de crédito actuales de las cuentas se reembolsarán automáticamente según el método de pago original, salvo en el caso de los pagos en efectivo, que se reembolsarán mediante cheque.
- Momento de los reembolsos.
 - » Efectivo/cheque: Luego de recibir su solicitud de reembolso, confirmaremos que el banco haya aprobado el pago (puede demorar hasta 15 días hábiles). Una vez aprobado, se le libraré un cheque de reembolso en el plazo de diez (10) días hábiles (cinco (5) días hábiles para pacientes de Massachusetts).
 - » Tarjeta de crédito/financiamiento externo: Los reembolsos se emitirán según el método de pago en el plazo de tres (3) días hábiles luego de recibida su solicitud de reembolso. Si paga con tarjeta de crédito, puede demorar hasta siete (7) días hábiles que la compañía de tarjeta de crédito impute el pago en su cuenta.
- Cómo solicitar un reembolso
 - » Comuníquese con su consultorio y solicite un reembolso.
 - » Envíe por correo electrónico la solicitud de reembolso a: refundrequest@aspendental.com
 - » Envíe por correo postal la solicitud de reembolso a:

Aspen Dental Management, Inc.
Attn: Refund Processing P.O. Box 3126 Syracuse, NY 13220

Para obtener más información sobre reembolsos, visite:
<https://www.aspendental.com/pricing-offers#payment-policy>

4. Seguro dental

Si cuenta con seguro dental, la reclamación de su seguro se procesará de la siguiente forma:

- **Dentro de la red:** Si su dentista es un proveedor participante que pertenece a su seguro, la facturación se realizará de conformidad con los términos del acuerdo de su dentista con su compañía aseguradora.
- **Fuera de la red:** Si su dentista no es un proveedor participante ni pertenece a la red de su plan de seguro, acataremos la estructura tarifaria dentro de la red de su aseguradora. Si su aseguradora no acepta su cesión de beneficios a su dentista, usted es responsable del beneficio de seguro calculado.
- **Descuentos de seguro:** Con frecuencia las compañías aseguradoras negocian descuentos para los servicios prestados a los miembros de los planes. Si supera el límite anual de beneficios, como beneficio se puede aplicar la tarifa con descuento de la compañía aseguradora a servicios adicionales. Los consultorios de Aspen Dental cumplirán con la política de su compañía aseguradora.



Políticas financieras

5. Divulgación de financiamiento externo

El consultorio de Aspen Dental acepta pagos provenientes de compañías financieras externas no afiliadas (es decir, CareCredit otorgado por Synchrony Bank, DentalFirst Financing otorgado por Comenity Capital Bank). Los consultorios pagan a estas compañías tarifas en función de una escala variable por brindar a pacientes como usted el financiamiento que necesiten y en concepto del costo que supone a estas compañías financieras el otorgamiento de los préstamos. Conforme aumenta el monto total de la atención financiada a través de estas compañías financieras, se reducen las tarifas que cobran a los consultorios de Aspen Dental. El acuerdo de precios de escala variable no afecta el monto que financie ni el costo de su tratamiento.

Las decisiones crediticias son exclusiva responsabilidad de las compañías financieras externas. Puede optar por pagar la totalidad del tratamiento o bien una parte de este haciendo uso de uno de los productos de financiamiento externo.

6. Consultas de satisfacción de los pacientes

Hemos asumido el compromiso de brindarle una atención y un servicio excepcionales. Si considera que existe un problema que no puede ser resuelto por el equipo de su consultorio, llame a la línea directa de Satisfacción de los pacientes al 1-844-296-0187 o envíenos un correo electrónico a patientservices@spendental.com.

7. Comunicación con el paciente

Hemos asumido el compromiso de mantenernos en contacto con usted en relación con sus próximas citas, planes de tratamiento y estado de los tratamientos. Al proporcionarnos su dirección de correo electrónico, número de teléfono móvil (o fijo) y dirección postal, otorga permiso a Aspen Dental para comunicarse con usted a través de una o todas estas plataformas de comunicación. Tenga en cuenta que los mensajes de correo electrónico y los mensajes de texto no son seguros y existe el riesgo de que estos mensajes puedan ser leídos por terceros. Al proporcionarnos su correo electrónico o teléfono móvil, reconoce que tiene conocimiento de este riesgo y acepta recibir este tipo de comunicación. Aspen Dental limitará el tipo de información en los mensajes. Puede optar por no recibir este tipo de comunicación si llama al 1-844-296-0187 (Satisfacción de los pacientes).



Políticas de pago, seguro y acuerdos financieros (TODOS los nuevos pacientes deben firmarlas)

Al firmar a continuación, dejo constancia de que recibí el formulario de Políticas financieras y acepto acatarlas.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacitado, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar más arriba y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)



Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA)

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ FORMA LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **ANÁLICELO DETENIDAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

Nuestra obligación legal

El consultorio de Aspen Dental (“nosotros”, “nuestro”, “nos”), al igual que todos los otros consultorios, médicos y odontológicos, tiene la obligación, en virtud de la ley federal y estatal vigente, de mantener la privacidad de su información médica. También debemos proporcionarle el presente aviso sobre las prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos respecto de su información médica. Debemos acatar las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras se encuentre en vigencia. El aviso comenzó a regir a partir del 14 de abril de 2003, y su revisión más reciente fue realizada el 20 de agosto de 2013. Además, permanecerá en vigencia hasta que se modifique o sustituya. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad, así como los términos del presente aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley vigente. Nos reservamos el derecho de realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y de aplicar los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica que conservemos, lo cual incluye la información médica que creemos o recibamos antes de efectuar los cambios. Antes de llevar a cabo un cambio considerable de nuestras prácticas de privacidad, modificaremos el presente aviso y pondremos a disposición el nuevo aviso cuando se solicite. Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o bien para recibir copias adicionales del aviso, comuníquese con nosotros a través de los medios descritos en este.

Usos y divulgaciones de la información médica

Nosotros usamos y divulgamos su información médica para llevar a cabo operaciones de atención médica, pago y tratamiento. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica a un médico/dentista, auxiliares dentales, estudiantes y demás proveedores de atención médica que le brinden tratamiento.

Pago: Podemos usar o divulgar su información médica para obtener el pago de los servicios que le prestemos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica vinculada con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de mejora y evaluación de calidad, revisión de competencia y calificaciones de profesionales de atención médica, evaluación del desempeño de proveedores y médicos, realización de programas de capacitación, o actividades de acreditación, certificación, otorgamiento de licencias u otorgamiento de credenciales.

Su autorización: Además del uso que hagamos de su información médica para operaciones de atención médica, tratamiento o pago, usted puede autorizarnos por escrito para que usemos la información médica o la divulguemos a cualquiera para cualquier fin. Si nos otorga la autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará ningún uso ni divulgación permitidos por la autorización mientras esta estuvo en vigencia. A menos que nos brinde una autorización por escrito, no podremos usar ni divulgar su información médica por ningún motivo, salvo aquellos descritos en el presente aviso.

A sus familiares y amigos: Tenemos la obligación de divulgarle su información médica, según se describe en la sección Derechos de los pacientes del presente aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida en que resulte necesaria para ayudar en su atención médica o en el pago de esta, pero únicamente si acepta que podamos hacerlo.

Personas que participan en la atención: Podemos usar o divulgar su información médica para notificar o bien prestar asistencia en la notificación a un familiar, su representante personal u otra persona responsable (lo que incluye la identificación o la localización de estos) sobre su atención, su paradero, su condición general o su fallecimiento. Si usted está presente, antes de usar o divulgar su información médica le ofreceremos la oportunidad de objetar dichos usos o divulgaciones. En caso de incapacidad o en circunstancias de emergencia, divulgaremos la información médica de acuerdo con una decisión producto de nuestro criterio profesional y solamente se tratará de la información médica que sea directamente relevante para la intervención de la persona en su atención médica. También aplicaremos nuestro criterio profesional y nuestra experiencia en la práctica común para realizar inferencias razonables de lo más conveniente para usted al permitir que una persona recoja sus recetas, insumos odontológicos, radiografías u otras formas similares de información médica.

Comercialización de servicios relacionados con la salud: Podemos usar la información del paciente de manera interna para ofrecer bienes y servicios que creamos que pudieran resultar de interés. Podemos emplear la información del paciente para ponernos en contacto con usted a fin de consultar o realizar una encuesta sobre la experiencia del paciente en los centros visitados y la posibilidad de servicios o mejoras futuras necesarios para continuar desempeñándonos como su proveedor de servicios. También podemos generar y usar información acumulada del paciente que no lo identifique personalmente para comprender más acerca de las características y los intereses en común de nuestros pacientes.

Podemos utilizar uno o más proveedores de servicios externos para enviarle comunicaciones por correo electrónico u otro tipo de comunicación en nuestro nombre, lo que incluye encuestas de Satisfacción de pacientes. Estos proveedores de servicio tienen



Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA)

prohibido usar su dirección de correo electrónico u otra información de contacto para cualquier fin que no sea enviar comunicaciones en nuestro nombre.

Nuestra intención es únicamente enviar comunicaciones por correo electrónico que podrían resultarle útiles y que desee recibir. Cuando nos proporcione su dirección de correo electrónico como parte del proceso de registro o programación de citas, lo incluiremos en nuestra lista de pacientes para recibir correos electrónicos informativos y promocionales. Además, los pacientes y visitantes de nuestro sitio web tienen la oportunidad de optar por recibir comunicaciones promocionales electrónicas seleccionando la opción para recibir de nuestra parte mensajes de correo electrónico promocionales en nuestro sitio web. Cada vez que reciba un correo electrónico promocional, tendrá la opción de dejar de recibir futuros mensajes de correo electrónico siguiendo las instrucciones proporcionadas en el mensaje o puede hacerlo en cualquier momento, según las instrucciones proporcionadas.

Cookies

Nuestro sitio web emplea la tecnología de “cookies”. Estas son cadenas cifradas de texto que los sitios web almacenan en el equipo de los usuarios. Nuestro sitio web emplea cookies en todo el proceso en línea para agrupar la información introducida en varias páginas. Por ejemplo, las cookies permiten que nuestro sitio web “recuerde” la información que se nos proporcione para que las cosas le resulten más sencillas.

Además, las cookies se utilizan para lo siguiente:

1. Medir el uso de distintas páginas de nuestro sitio web para que podamos adaptar mejor nuestra información a sus necesidades y facilitarle el acceso a ella.
2. Brindar funciones tales como citas en línea, pago de facturas y demás herramientas que consideremos que podrían resultarle interesantes y valiosas.

Los dos tipos de cookies que usamos se denominan cookies de “sesión” y cookies “persistentes”. Las cookies de sesión son temporales y se eliminan automáticamente una vez que abandona nuestro sitio web. Las cookies persistentes permanecen en la unidad de disco duro del equipo hasta que usted las elimine. No empleamos las cookies para recoger información de identificación personal acerca de usted además de aquella que nos proporciona voluntariamente en las transacciones que realiza con nosotros. Nuestras cookies no adulteran ni dañan a su equipo, sus programas ni sus archivos de computadora. Puede configurar su navegador para bloquear cookies.

Recaudación de fondos: No usaremos su información médica en actividades de recaudación de fondos sin su consentimiento por escrito.

Requisito legal: Podemos usar o divulgar su información médica cuando así nos lo exija la ley.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información médica a las autoridades correspondientes si creemos justificadamente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o bien la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información médica en la medida en que resulte necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o su seguridad, o bien la salud o la seguridad de otros.

Seguridad nacional: En determinadas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información médica del personal de las Fuerzas Armadas. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información médica exigida para llevar a cabo actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional. En determinadas circunstancias, podemos divulgarla a funcionarios de instituciones correccionales o del orden público que tengan la custodia legal de la información médica protegida de internos o pacientes.

Recordatorios de citas: podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

Derechos del paciente

Acceso: Tiene el derecho de analizar u obtener copias de su información médica con limitadas excepciones. Puede solicitar que proporcionemos copias en otro formato además de las fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que por cuestiones prácticas no podamos. Podemos cobrar una tarifa por elaborar registros odontológicos y radiografías, según lo permita la ley.

Contabilidad de divulgación: Tiene el derecho de recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información médica con fines no vinculados con operaciones de atención médica, tratamiento, pago y otras actividades específicas durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita esta declaración contable más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable en función del costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Tiene el derecho de solicitar que apliquemos restricciones adicionales en el uso o la divulgación por nuestra parte de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, acataremos nuestro



Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA)

acuerdo (salvo en el caso de una emergencia). Cuando paga la totalidad de los servicios por fuera de su plan de seguro, puede solicitar que restrinjamos esta información y no la divulgaremos ni al plan de seguro médico ni a la compañía aseguradora.

Notificación de acceso indebido: Le proporcionaremos notificaciones del acceso indebido a la información médica protegida (Protected Health Information, PHI) no segura, como lo requiere la ley.

Comunicación alternativa: Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted respecto de su información médica a través de medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Esta solicitud se debe llevar a cabo por escrito. Su solicitud debe especificar el medio o la ubicación alternativa, e indicar una explicación satisfactoria sobre la manera en que se procesarán los pagos en los medios o la ubicación alternativa que solicite.

Enmienda: Tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información médica. Dicha solicitud se debe llevar a cabo por escrito y debe explicar por qué la información debe enmendarse. Podemos rechazar su solicitud en determinadas circunstancias.

Aviso electrónico: si recibió el presente aviso en nuestro sitio web o mediante correo electrónico, también tiene derecho a recibirlo por escrito.

Preguntas e inquietudes

Si desea recibir información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas, puede comunicarse con el ejecutivo de cumplimiento de la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de Aspen Dental, si llama al 800-996-6470, extensión 1250.

Si le preocupa que hayamos infringido sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos respecto del acceso a su información médica o del procesamiento que hagamos de su respuesta a una solicitud de enmienda o restricción del uso o de la divulgación de la información médica, o de que nos comuniquemos con usted a través de medios o en ubicaciones alternativas, puede enviarnos sus inquietudes a Aspen Dental Management Inc., Attn: HIPAA Compliance Officer 281 Sanders Creek Parkway East Syracuse, NY 13057. También puede enviar sus inquietudes por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si nos la solicita.

Apoyamos el derecho de mantener la privacidad de su información médica. No habrá represalia alguna por nuestra parte si opta por interponer una queja ante nosotros o bien ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.



Aviso de prácticas de privacidad (deben firmarlo TODOS los pacientes nuevos)

Al firmar a continuación, dejo constancia de que he leído el Aviso de prácticas de privacidad, según lo exige la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico ("HIPAA") de 1996.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de edad o discapacitado, el padre/la madre, el tutor o el apoderado legal deben firmar más arriba y completar la sección Parte responsable, que consta a continuación)



Divulgaciones

Acerca de ADMI

No existe un único proveedor de atención odontológica denominado "Aspen Dental". Aspen Dental Management, Inc. (ADMI) presta servicios de asistencia comercial y administrativa a consultorios odontológicos que son propiedad y están administrados de manera independiente por dentistas certificados. ADMI otorga en licencia el nombre de la marca "Aspen Dental" a consultorios odontológicos que son propiedad y están administrados de manera independiente y que usan los servicios de asistencia comercial de aquella. ADMI no es propietaria ni opera los consultorios odontológicos, ni emplea ni en ninguna forma supervisa a los dentistas que proporcionan la atención dental. El control sobre la atención brindada es responsabilidad única del consultorio independiente y de los dentistas empleados. Los servicios y las prácticas pueden variar entre los consultorios odontológicos. Los pacientes deben ponerse en contacto con los consultorios odontológicos directamente si tienen preguntas respecto de su tratamiento dental.

Virginia Occidental/Misuri

Conservar el original en

la Ficha de Divulgación del

paciente de conformidad

con:

- **Registro del Código de Reglamentaciones Tít. 20 § 2100-2.110(10)**
- **Código de Normas Estatales (Code of State Rules, CSR) de W. VA. § 5-8-4.5**

Su consultorio de Aspen Dental periódicamente puede brindar ofertas que incluyan servicios gratuitos a algunos de sus pacientes o todos ellos. Si recibió un servicio gratuito, tiene el derecho de rehusarse a pagar o de exigir el reembolso de cualquier otro servicio que se le haya proporcionado en el plazo de 72 horas del servicio gratuito, a menos que solicite los servicios adicionales al momento en que se proporciona la oferta gratuita. Lea la siguiente constancia y firme en el lugar en que se indique (si la declaración es verdadera).

Por el presente dejo constancia de que recibí un servicio, un examen o un tratamiento gratuito; también dejo constancia de que solicito que se me presten servicios adicionales al momento del servicio, el examen o el tratamiento gratuito, según se estipula en la documentación que recibí luego de mi examen.

Firma _____ Fecha: _____