

BIENVENIDO

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar éste formulario lo mejor que pueda. Nos complacerá ayudarle si tiene usted alguna pregunta. Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ No. Seguro Social _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Tel de Casa _____
Cel _____ Email _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Paciente trabaja para _____ Ocupación _____
Domicilio del Trabajo _____ Tel del Trabajo _____
Email del Trabajo _____

¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____
Notifique en caso de emergencia _____ Tel de Casa _____
Cel _____ Tel de Trabajo _____
Email del Trabajo _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable por la cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No. Seguro Social _____
Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ Tel de Casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Cel _____ Email _____

La persona responsable trabaja para _____ Ocupación _____
Domicilio del trabajo _____ Tel del trabajo _____
Email del trabajo _____
Compañía de seguro _____ Tel _____
Email _____

No. de Contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____
Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional? Si No

Persona Inscrita _____ Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ No. de Seguro Social _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tel de casa _____
Cel _____ Email _____

Persona inscrita trabaja para _____ Tel del trabajo _____
Email del trabajo _____
Compañía de seguro _____ Tel _____
Email _____

No. de contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____
Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Favor de llenar ambos lados

HISTORIAL DENTAL

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____

¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque con una palomita (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frío | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La mandibula se salta o hace ruido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera o brotes en la boca |

¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? Sí No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? Sí No

Si sí, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? Sí No Si sí, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? Sí No Si sí, dé las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? Sí No

¿Alguna vez usted a usado el medicamento bisfosfonato? Las marcas reconocidas incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel y Boniva. Sí No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No

¿Está usted tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos persistence | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Culebrilla o herpes zoster |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafixis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina bifida |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Embolía |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Operación del corazón/marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implates quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación de los pies y tobillos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rápida pérdida y ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Irregularidad cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | Describe _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependencia química | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia anormal | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera/colitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimoterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venerias |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión | | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandíbula | | |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento? _____ ¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento? _____

Si sí, enlistelos todos: _____ Si sí, enlistelos todos: _____

AUTORIZACION

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informaré al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy economicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.

Proteger Su Información Confidencial de Salud es Importante para Nosotros

Notificación de Prácticas de Privacidad

Esta notificación describe la manera en que puede usarse y divulgarse la información sanitaria acerca de Usted y cómo puede obtener acceso a dicha información.

Por favor, revísela con cuidado.

Nuestra Promesa

Estimado Paciente:

La intención de la presente notificación no es alarmarlo. ¡Todo lo contrario! Es nuestro deseo comunicarle que nos tomamos muy en serio la ley Federal (HIPAA—Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos) promulgada para proteger la confidencialidad de su información sanitaria. No queremos que demore su tratamiento por temor a que su historia clínica sea puesta innecesariamente a disposición de otros fuera del consultorio.

¿Por qué tienen una política de privacidad?

¡Muy buena pregunta!

El gobierno Federal legalmente hace valer la importancia de la privacidad de la información sobre la salud en gran medida en respuesta a la rápida evolución de la tecnología computarizada y su uso en la atención sanitaria. El gobierno ha buscado adecuadamente estandarizar y proteger la privacidad del intercambio electrónico de su información sanitaria. Esto nos ha desafiado a revisar no sólo la manera en que su información sanitaria es usada dentro de nuestras computadoras sino también con la Internet, el teléfono, los faxes, máquinas fotocopadoras y registros. Creemos que ha sido un importante ejercicio para nosotros porque nos ha disciplinado poniendo por escrito las políticas y procedimientos que cumplimos para proteger su información sanitaria cuando la utilizamos.

Queremos que Usted sepa acerca de estas políticas y procedimientos que desarrollamos para asegurarnos de que su información sanitaria no será compartida con nadie que no la necesite. Nuestro consultorio está sometido a la ley Estatal y Federal en relación con la confidencialidad de su información sanitaria y al cumplir estas leyes, queremos que Usted comprenda nuestros procedimientos y sus derechos como nuestro valorado paciente.

Utilizaremos y comunicaremos su INFORMACIÓN SANITARIA sólo con los fines de brindarle tratamiento, obtener pagos, realizar operaciones de cuidado de la salud y de otras maneras indicadas en esta notificación.

¿Cómo Su Información Mé Dica Puede Ser Utilizada Para Proveer Tratamiento?

Usaremos su información de salud en nuestra oficina para provisión de su cuidado. Esto puede incluir procedimientos administrativos y clínicos de nuestra oficina para optimizar programación y coordinación de su cuidado. Además podemos compartir su información con farmacias o otro personal de salud.

Para Obtener Pagos

Podremos incluir su información sanitaria con una factura usada para cobrar pagos por tratamiento que recibe en nuestro consultorio. Podremos hacerlo con formularios de seguro enviados para Usted por correo o enviados electrónicamente. Nos aseguraremos de sólo trabajar con empresas con un compromiso similar con la seguridad de su información sanitaria.

Para Realizar Operaciones de Atención Sanitaria

Su información sanitaria podrá usarse durante la realización de evaluaciones de nuestro personal. Algunas de las mejores oportunidades de enseñanza usan situaciones clínicas experimentadas por pacientes que reciben atención en nuestro consultorio. Como resultado, la información sanitaria podrá incluirse en programas de capacitación para alumnos, pasantes, asociados y empleados clínicos y comerciales. Es también posible que se divulgue información durante auditorías de compañías de seguros o agencias designadas por el

gobierno como parte de sus controles de conformidad y garantía de calidad. Podrá revisarse su información sanitaria durante los procesos de rutina de actividades de certificación, licencia u otorgamiento de credenciales.

Recordatorios para Pacientes

Como creemos que la atención regular es muy importante para su salud oral y general, le recordaremos acerca de una cita programada o que es tiempo de que nos contacte para agendar una cita. Adicionalmente, podremos contactarlo para seguimiento de su atención y para informarle de opciones de tratamiento o servicios que podrían interesarle a Usted o a su familia. Estas comunicaciones son una parte importante de nuestra filosofía de asociarnos con nuestros pacientes para asegurarnos de que reciben la mejor atención preventiva y restaurativa que la odontología moderna puede brindarle. Podrán incluir postales, postales plegables, cartas, recordatorios telefónicos o electrónicos como correo electrónico (a menos que nos indique que no desea recibir estos recordatorios).

A Asociados Comerciales

Tenemos contrato con uno o más terceros (a los que nos referimos como asociados comerciales) para usar y divulgar su información sanitaria para realizar servicios por nosotros, como servicios de facturación. Obtendremos el acuerdo escrito de cada asociado comercial para salvaguardar su información sanitaria.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La ley Federal en general nos permite efectuar determinados usos o divulgaciones de información sanitaria sin su permiso. La ley Federal además nos requiere que listemos en la Notificación cada una de estas categorías de usos o divulgaciones. A continuación, el listado.

En la Medida Requerida por Ley

Podremos usar o divulgar su información sanitaria en la medida requerida por cualquier estatuto, regulación, orden judicial u otro mandato ejecutable en un tribunal.

Abuso o Negligencia

Podremos divulgar su información sanitaria a la agencia de gobierno responsable si (a) el Funcionario de Privacidad cree razonablemente que Usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, y (b) la ley nos requiere o nos permite realizar dicha divulgación. Le informaremos rápidamente que se ha realizado dicha divulgación a menos que el Funcionario de Privacidad determine que informarle no redundará en su beneficio.

Seguridad Nacional y Salud Pública

Funcionarios federales o autoridades militares podrán requerirnos información sanitaria necesaria para completar una investigación relacionada con salud pública o seguridad nacional. La información sanitaria puede ser importante cuando el gobierno cree que la seguridad pública se beneficiaría cuando la información podría conducir al control o la prevención de una epidemia o a la comprensión de un nuevo efecto colateral de un tratamiento con drogas o dispositivo médico.

Para Aplicación de la Ley

Según permita o requiera la ley Estatal o Federal, divulgaremos su información sanitaria a un funcionario del orden para determinados fines de aplicación de la ley, incluyendo, en ciertas circunstancias limitadas, si Usted es víctima de un delito o para informar un delito.

Familiares, Amigos y Cuidadores

Podremos compartir su información sanitaria con quienes nos indique lo ayudarán con la higiene de su hogar, tratamiento, medicaciones o pago. Nos aseguraremos de pedir su permiso antes. En caso de una emergencia, cuando no pueda indicarnos lo que desea, utilizaremos nuestro juicio al compartir su información sanitaria sólo cuando sea importante para quienes participan de brindarle atención

Fines de Compensación de los Trabajadores

Podremos divulgar su información sanitaria en la medida requerida o permitida por las leyes de Compensación de los Trabajadores Estatales o Federales.

Procedimientos Judiciales y Administrativos

Divulgaremos su información sanitaria en un procedimiento administrativo o judicial en respuesta a una citación o una solicitud de presentación de documentos. Divulgaremos su información sanitaria en estas circunstancias sólo si la parte solicitante primero provee documentación escrita que indica que la privacidad de su información sanitaria será protegida.

Usos y Divulgaciones Incidentales

Usaremos o divulgaremos su información sanitaria de una manera incidental a los usos y divulgaciones descritos en esta Notificación.

Actividades de Supervisión de la Salud

Divulgaremos su información sanitaria a una agencia de gobierno responsable por supervisar el sistema de atención sanitaria o un programa de beneficio gubernamental relacionado con la salud.

Para Prevenir una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad

Usaremos o divulgaremos su información sanitaria para reducir un riesgo de daño inminente o grave a otra persona o al público.

Ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés)

Podremos divulgar su información sanitaria al HHS, la agencia de gobierno responsable por supervisar la conformidad con las regulaciones y legislación Federal de privacidad que regula la privacidad y la seguridad de la información sanitaria.

Para Investigación

Podremos usar o divulgar su información sanitaria para investigación, sujeta a condiciones. "Investigación" significa investigación sistémica diseñada para contribuir al conocimiento generalizado.

En Relación Con su Muerte O Donación de Órganos

Podremos divulgar su información sanitaria a un médico forense para fines de identificación, a un director de funeraria para fines de funeral, o a una organización de obtención de órganos para facilitar el trasplante de uno de sus órganos.

Si la legislación estatal aplicable no permite la divulgación anteriormente descrita, cumpliremos con la legislación del Estado más estricto.

Autorización Para Utilizar o Dar a Conocer Su Información de Salud

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito en las siguientes circunstancias: (a) para utilizar o divulgar notas de psicoterapia, excepto cuando sea necesario para fines de pago o para defenderse de un litigio interpuesto por usted; (b) utilizar su Información de Salud Protegida para fines de mercadeo; (c) para vender su Información de Salud Protegida y (d) para usar o divulgar su Información de Salud Protegida para cualquier propósito no descrito previamente en este aviso. También vamos a obtener su autorización antes de utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida cuando sea requerido por (a) la ley estatal, como las leyes que restringen el uso o la divulgación de la información genética o información acerca de estatus de VIH o (b) otras leyes federales, como la ley federal que protege la confidencialidad de los registros de abuso de sustancias.

DERECHOS DEL PACIENTE

Usted tiene los siguientes derechos en relación con su información sanitaria.

Reconocimiento del Paciente

Nombre(s) del Paciente: _____

Muchas gracias por tomarse el tiempo para revisar cómo utilizamos con cuidado su información sanitaria. Si tiene preguntas queremos escucharlo. Si no, apreciaríamos que reconozca la recepción de nuestra política firmando y devolviendo esta tarjeta. ¡Esperamos verlo pronto!

Firma del Paciente _____

Fecha _____ / _____ / _____

Para información adicional acerca de los temas tratados en esta notificación, por favor contacte a nuestro Funcionario de Privacidad.

Fecha de entrada en vigencia: _____

Restricciones

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en el uso o divulgación de su información sanitaria para tratamiento, pago u operaciones de atención sanitaria además de restricciones impuestas por la legislación Federal. Nuestro consultorio no tiene obligación de estar de acuerdo con su solicitud, pero haremos todo lo posible por cumplir las solicitudes razonables. A menos que usted no solicite que no divulguemos su Información de Salud Protegida a una compañía de seguros de salud, Medicare o Medicaid para pago o operaciones de atención medica, (b) usted o alguien en su nombre nos a pagado en su totalidad para el elemento de cuidado de la salud o el servicio al que pertenece la Información de Salud Protegida que constituye el objeto de su solicitud. En general no tenemos obligación de aceptar la restricción solicitada. Nuestro consultorio respetará su solicitud de no divulgar su información sanitaria a un plan de salud para fines de pagos u operaciones de atención sanitaria si la información sanitaria se relaciona solamente con un artículo o servicio de atención de la salud para el cual nos haya pagado por completo en efectivo.

Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con Usted por medios alternativos o en una dirección alternativa. Puede, por ejemplo, solicitar que le comuniquemos su información sanitaria sólo en forma privada sin familiares presentes o a través de comunicaciones selladas. Respetaremos sus solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales.

Inspeccionar y Copiar Su Información Sanitaria

Usted tiene derecho de leer, revisar y copiar su información sanitaria, incluyendo su historia clínica completa, registros de facturación y rayos x. Si desea una copia de su información sanitaria, por favor indíquelo. Puede que necesitemos cobrarle una tarifa razonable, en base a los costos, por duplicar y armar su copia. Si se le cobrará un cargo, primero lo contactaremos para determinar si desea modificar o retirar su solicitud.

Enmendar su Información Sanitaria

Usted tiene derecho a solicitarnos actualizar o modificar sus registros si cree que nuestros registros de información sanitaria son incorrectos o incompletos. Nos complacerá satisfacerlo siempre que nuestro consultorio conserve la información. Para estandarizar nuestro proceso, por favor provéanos su solicitud por escrito y describa la información que deberá cambiarse y el motivo del cambio.

Podrá negarse su solicitud si el registro de información sanitaria en cuestión no fue creado por nuestro consultorio, no es parte de nuestros registros o si los registros que contienen su información sanitaria se determinan como precisos y completos. Si negamos su solicitud, le brindaremos una explicación escrita de la negación.

Justificación de Divulgaciones de Su Información Sanitaria

Usted tiene derecho a solicitarnos una descripción de cómo y dónde su información sanitaria fue divulgada. Nuestros procedimientos de documentación nos permitirán proveer información acerca de divulgaciones de información sanitaria que se nos requiere le revelemos a Usted. Por favor, permítanos saber por escrito el período que le interesa. Gracias por limitar su solicitud a no más de seis años por vez. Le brindaremos la primera justificación durante todo periodo de 12 meses sin cargo. Cobraremos una tarifa razonable, en base a los costos, por cada justificación adicional durante el mismo período de 12 meses. Si se cobrará un cargo, el Encargado de Privacidad se contactará primero con Usted para determinar si desea modificar o retirar su solicitud.

Solicite una Copia en Papel de esta Notificación

Usted tiene el derecho a obtener una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad directamente de nuestro consultorio en cualquier ocasión. Visítenos o llámenos y le enviaremos una copia.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información sanitaria y a brindarle a Usted o a su representante personal esta Notificación de nuestras Prácticas de Privacidad. Debemos practicar las políticas y procedimientos descritos en esta notificación pero nos reservamos el derecho de modificar los términos de nuestra Notificación. Si cambiamos nuestras Prácticas de Privacidad nos aseguraremos de que todos nuestros pacientes reciban una copia de la Notificación revisada. Usted tiene derecho a expresarnos reclamos o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que se han comprometido sus derechos a la privacidad. Lo alentamos a expresar todo problema en relación con la privacidad de su información. No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo. Por favor, háganos saber sus problemas o reclamos por escrito presentándolos a nuestro Encargado de Privacidad.

Frederick Community Dental

Dr. Dinesh Boppna

1100 West Patrick St., Unit N

Frederick, MD 21703

Phone: (240) 457-4246

Fax: (240) 457-4055

frederickcommunitydental@gmail.com

Appointment Cancellation Policy Agreement:

Frederick Community Dental is committed to providing all of our patients with exceptional care. When a patient cancels without giving enough notice, they prevent another patient from being seen.

Please call us at (240) 457-4246 by 2:00 p.m. on the day prior to your scheduled appointment to notify us of any changes or cancellations. To cancel a Monday appointment, please call our office by 2:00 p.m. on Saturday. If prior notification is not given, you will be charged \$25.00 for the missed appointment. Thank you!

~~~~~

**Acuerdo De Cancelation:**

Frederick Community Dental se compromete a proporcionar a todos nuestros pacientes un cuidado excepcional. Cuando un paciente cancela su cita sin dar aviso suficiente, impiden que otro paciente sean visto.

**Por favor llámenos al (240) 457-4246 antes de las 2:00 p.m. el día antes de su cita programada para notificarnos de cualquier cambio o cancelación. Para cancelar una cita de Lunes, por favor llame a nuestra oficina el Sábado antes de las 2:00 p.m.** Si no se da la notificación previa, se le cobrará \$ 25.00 por la cita perdida. Gracias!

Print Patient's Name/Escriba El Nombre Del Paciente:

\_\_\_\_\_

Patient/Guardian Signature/Firma Del Paciente ó Guardian:

\_\_\_\_\_

Date/Fecha:

\_\_\_\_\_

