

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL NUEVO PACIENTE

### INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE:

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Casado/a  Soltero/a

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_  
NOMBRE LEGAL SEUDÓNIMO

Masculino  Femenino  Otro \_\_\_\_\_  Prefiero no decirlo

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Ocupación/Empleador: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
NOMBRE/RELACIÓN TÉLEFONO

¿Ha sido tratado/a alguna vez por enfermedad de las encías?  Si  No

¿Está viendo actualmente a un dentista general?  Si \_\_\_\_\_  No  
NOMBRE DEL DENTISTA

¿Alguien lo/a acompaña para su consulta?  Si \_\_\_\_\_  No  
RELACIÓN

¿Cuál es su principal preocupación dental? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus metas dentales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué tan preparado/a se siente para hacer algo respecto a su situación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE Y FACTURACIÓN:

El paciente es responsable a menos que sea un menor de edad o un tutor. La sección de INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE debe completarse.

Relación del paciente con el responsable: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Masculino    Femenino    Otro \_\_\_\_\_    Prefiero no decirlo

Dirección: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Ocupación/Empleador: \_\_\_\_\_

## POLÍTICAS ESTÁNDAR DE COMUNICACIÓN Y ENTRENAMIENTO:

Dental Implants GPS está autorizado a enviar información por correo electrónico y mensajes de texto SMS. Dental Implants GPS y cualquier asociado afiliado a la práctica tienen permiso para grabar la consulta con fines de entrenamiento. Dental Implants GPS, sus empleados y representantes legales están exentos de todas las reclamaciones, acciones y responsabilidades relacionadas con el uso de cualquier video. Los pacientes pueden revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; sin embargo, seguirá vigente hasta que Dental Implants GPS reciba una notificación por escrito. En ocasiones durante su tratamiento, Dental Implants GPS puede emplear tecnología de telesalud para compartir información directamente con usted sobre su tratamiento.

Optar por no participar

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: POR FAVOR, LEA

Dental Implants GPS y sus médicos se comprometen a garantizar la privacidad de su información de salud. En consecuencia, hemos publicado nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" en la sala de recepción o lo hemos puesto a su disposición electrónicamente. No está obligado/a a leer este aviso. Sin embargo, nos gustaría su confirmación de que se le ha informado que Dental Implants GPS tiene dicho Aviso de Prácticas de Privacidad..

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL REPRESENTANTE PERSONAL (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
FECHA

# DENTAL IMPLANTS GPS | FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra en buen estado de salud?:  Sí  No ¿Ha habido cambios en su salud general en el último año? \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ ¿Por qué está siendo tratado/a? \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna enfermedad, operación o hospitalización en los últimos 5 años? \_\_\_\_\_

Motivo de nuestra visita: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR:** (por favor, circule)

Problemas Dentales	S	N	Falta de Aire	S	N
Apretar/Rechinar los Dientes	S	N	Problemas Pulmonares	S	N
Clic/Chasquido en la Articulación de la Mandíbula	S	N	EPOC/Bronquitis	S	N
Problemas de Visión	S	N	Enfisema	S	N
Lentes de Contacto	S	N	Asma	S	N
Glaucoma	S	N	Apnea del sueño	S	N
Problemas de Oído	S	N	Si es así, ¿con qué intensidad? _____		
Obstrucción Nasal	S	N	Si es así, ¿utiliza CPAP? _____		
Problemas de Senos Paranasales	S	N	Tos Persistente	S	N
Convulsiones	S	N	Úlceras Estomacales	S	N
Si es así, ¿cuándo? _____			Ardor de Estómago o Reflujo	S	N
Accidente Cerebrovascular (ACV)	S	N	Enfermedad Hepática	S	N
Si es así, ¿cuándo? _____			Cirrosis o Ictericia	S	N
Migrañas/Dolores de Cabeza	S	N	Hepatitis	S	N
Dolor Crónico	S	N	Náuseas Frecuentes	S	N
Atención Psiquiátrica	S	N	Sangrado Prolongado	S	N
Depresión o Ansiedad	S	N	Moretones Frecuentes	S	N
Mareos/Desmayos	S	N	Anticoagulantes	S	N
Problemas Cardíacos	S	N	Anemia	S	N
Cirugía Cardíaca	S	N	Hemofilia	S	N
Si es así, ¿cuándo? _____			Anemia de Células Falciformes	S	N
Dolor de Pecho Reciente	S	N	Transfusión de Sangre	S	N
Ataque al Corazón	S	N	VIH/SIDA	S	N
Si es así, ¿cuándo? _____			Inmunosupresiónv	S	N
Presión Arterial Alta	S	N	Trasplante de Órganos	S	N
Presión Arterial Baja	S	N	Diabetes	S	N
Insuficiencia Cardíaca	S	N	Si es así, ¿A1C? _____		
Soplo Cardíaco	S	N	Hipotiroidismo (bajo)	S	N
Problema Cardíaco Congénito	S	N	Hipertiroidismo (alto)	S	N
Fiebre Reumática	S	N	Uso de Esteroides	S	N
Cirugía de Válvula Cardíaca	S	N	Osteoporosis	S	N
Si es así, ¿cuándo? _____			Osteoartritis	S	N
Ritmo Cardíaco Anormal	S	N	Articulación Prótesis	S	N
Marcapasos	S	N	Si es así, ¿cuándo? _____		
Si es así, ¿cuándo? _____			Artritis Reumatoide	S	N
Problemas Renales	S	N	Lupus	S	N
Díálisis	S	N			
Si es así, ¿qué días? _____					

<b>Medicamentos para la Densidad Ósea</b>		
Si es sí, ¿se inició la dosis?	_____	
¿O fue la última dosis?	_____	
• Aredia (pamidronato)	S	N
• Actonel (risedronato)	S	N
• Zometa (zoledronato)	S	N
• Recast (zoledronato)	S	N
• Fosamax (alendronato)	S	N
• Boniva (ibandronato)	S	N
• Xgeva (denosumab)	S	N
• Prolia (denosumab)	S	N

<b>Medicamentos Anticoagulantes</b>		
• Warfarina (coumadin)	S	N
• Plavix (clopidogrel)	S	N
• Xarelto (rivaroxabán)	S	N
• Pradaxa (dabigatrán)	S	N
• Eliquis (apixabán)	S	N
• Heparina	S	N
• Aspirina	S	N
Ginkgo Biloba	S	N
Otro	S	N

Cáncer (de cualquier tipo)	S	N
Tratamiento de Radiación	S	N
Quimioterapia	S	N

<b>Medicamentos para el Anticancerígeno</b>		
• Sutent (Sunitinib)	S	N
• Nexavar (Sorafenib)	S	N
• Avastin (bevacizumab)	S	N
• Rapamune (sirolimus)	S	N

Actualmente Embarazada	S	N
Actualmente Amamantando	S	N
Usando Anticonceptivos	S	N

<b>Medicamento para la pérdida de peso</b>		
¿Dosis semanal o diaria?	_____	
• Ozempic (semaglutida)	S	N
• Monjaro	S	N

**MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**CIRUGÍAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Complicaciones por Anestesia (si las hay) \_\_\_\_\_

Alergias: Penicilina:  Sí  No    Látex:  Sí  No    Otras Alergias: \_\_\_\_\_

Historia Social: Tabaco: \_\_\_\_\_ Alcohol: \_\_\_\_\_ Consumo de Drogas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CONE BEAM (CBCT)

---

1. Una tomografía computarizada Cone Beam, también conocida como CBCT, es una técnica de rayos X que produce imágenes tridimensionales de su cráneo, permitiendo la visualización de estructuras óseas internas en sección transversal en lugar de imágenes superpuestas típicamente producidas por exámenes de rayos X convencionales. Las tomografías CBCT se utilizan principalmente para visualizar estructuras óseas, como los dientes y las mandíbulas, no para tejidos blandos como la lengua o las encías.
2. Ventajas de una Tomografía CBCT sobre los rayos X convencionales: Una radiografía convencional de su boca limita a su dentista a una visualización bidimensional o 2D. El diagnóstico y la planificación del tratamiento pueden requerir una comprensión más completa de la anatomía tridimensional o 3D compleja. Los exámenes CBCT proporcionan una gran cantidad de información en 3D que se puede utilizar al planificar implantes dentales, extracciones quirúrgicas, cirugía maxilofacial y procedimientos restaurativos dentales avanzados. Los beneficios de las tomografías CBCT incluyen: A.) Mayor precisión al planificar la cirugía de colocación de implantes; B.) Mayor probabilidad de diagnosticar condiciones como fracturas verticales de raíces que pueden pasarse por alto en las radiografías convencionales; C.) Mayor probabilidad de proporcionar imágenes e información que pueden resultar en que el paciente evite un tratamiento dental innecesario; D.) Mejor diagnóstico de la posición de los terceros molares (muelas del juicio) en relación con estructuras vitales como nervios y vasos sanguíneos antes de la extracción; E.) La tomografía CBCT mejora la capacidad de su dentista para ver lo que debe hacerse antes de iniciar el tratamiento.
3. Radiación: Las tomografías CBCT, al igual que los rayos X convencionales, lo exponen a radiación. En Dental Implants GPS, la dosis de radiación utilizada en los exámenes CBCT se controla cuidadosamente para garantizar la cantidad más pequeña posible que aún brinde un resultado útil. La dosis por escaneo es equivalente a 2 radiografías dentales regulares. Sin embargo, toda exposición a la radiación está vinculada a un riesgo ligeramente mayor de desarrollar cáncer. Pero las ventajas de la tomografía CBCT superan esta desventaja.
4. Embarazo: Las mujeres embarazadas no deben someterse a una tomografía CBCT debido al peligro potencial para el feto. Informe al dentista si está embarazada o planea quedar embarazada.
5. Diagnóstico de condiciones no dentales: Aunque partes de su anatomía más allá de la boca y la mandíbula pueden ser evidentes en la exploración, es posible que su dentista no esté calificado para diagnosticar condiciones que puedan estar presentes en esas áreas. Si se observan anomalías, asimetrías o condiciones patológicas comunes en la tomografía CBCT, puede ser necesario enviar la exploración a un Radiólogo Oral y Maxilofacial para un diagnóstico adicional. Sin embargo, al firmar este formulario, está reconociendo que su dentista puede no estar calificado para diagnosticar todas las condiciones que puedan estar presentes, y que su responsabilidad solo se extiende a los límites del propósito dental de la exploración y su interpretación para ese propósito. No somos responsables de la interpretación o evaluación de la exploración, sino que simplemente proporcionamos la exploración para su evaluación en su consultorio dental.

POR FAVOR, NO FIRME ESTE FORMULARIO A MENOS QUE LO HAYA LEÍDO, LO ENTIENDA Y ACEPTA ACEPTAR LOS RIESGOS Y VENTAJAS INDICADOS.

Yo, \_\_\_\_\_, siendo mayor de 18 años, certifico que he leído la declaración anterior. Entiendo el procedimiento a utilizar y sus beneficios, riesgos y alternativas. Se me ha dado la oportunidad de que se respondan mis preguntas y acepto los riesgos del procedimiento de exploración CBCT como se describe anteriormente. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que el personal designado de Dental Implant GPS realice una exploración CBCT.

---

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

---

FECHA

---

TESTIGO DE LA FIRMA

---

FECHA



DENTAL  
IMPLANTS  
GPS

## LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA DE FOTOGRAFÍAS Y GRABACIONES DE VIDEO

Yo, (NOMBRE IMPRESO) \_\_\_\_\_ he acordado voluntariamente ser filmado o grabado en video y por la presente doy mi consentimiento y autorización para la grabación, uso y reproducción (reutilización) por Dental Implant GPS y sus afiliados o cualquier persona autorizada por cualquiera de ellos (colectivamente, "GPS"), de mi voz, acciones, semejanza, nombre y apariencia, ya sea en forma de grabaciones, fotografías, imágenes electrónicas o imágenes de video de mí tomadas por cualquiera de ellos o a su solicitud, o que tengan en su posesión (colectivamente, las "Imágenes"), con fines educativos, comerciales o cualquier otro propósito sin compensación para mí. Tal uso incluirá, pero no se limitará a, el uso de mi voz y/o la distribución de las Imágenes a través de medios impresos, visuales y electrónicos, específicamente, incluyendo cualquier televisión, radio, medios impresos, en mi localidad y en otros lugares fuera de mi localidad, sitios web y/o redes sociales, incluyendo, pero no necesariamente limitado a YouTube y Facebook. Las Imágenes, así como cualquier archivo digital, prueba y negativo conectado y asociado con las Imágenes, serán propiedad exclusiva de GPS. Acepto específicamente que GPS tendrá la propiedad exclusiva total de las Imágenes (y cualquier material o grabación de audio asociado o relacionado) y no tendré ningún derecho a las Imágenes (y cualquier material o grabación de audio asociado o relacionado). Además, estoy de acuerdo en que GPS tendrá el derecho de usar mi nombre en relación con ellas si así lo eligen. Por la presente renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final, fotografía, video, DVD, CD-ROM. Además, estoy de acuerdo en que GPS tendrá el derecho de usar las Imágenes (y cualquier material o grabación de audio asociado o relacionado) y mi semejanza en cualquier y todos los medios ahora conocidos o que se desarrollen en el futuro en todo el mundo, en perpetuidad.

Por la presente libero, eximo y acepto no demandar a GPS y a sus respectivos representantes, cesionarios y empleados, y a cualquier persona que actúe bajo su permiso o autoridad, de y contra cualquier reclamo en conexión con el uso de mis Imágenes y nombre y su reproducción como se indica anteriormente, incluyendo cualquier reclamo por pago en conexión con las Imágenes o su distribución o publicación. Estoy de acuerdo en no presentar ningún reclamo contra GPS como resultado de la grabación o uso de las Imágenes y entiendo que GPS no está haciendo ninguna representación de que las Imágenes se utilizarán o no de alguna manera.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta liberación y autorización y que es estrictamente voluntario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito entregando un aviso de revocación a GPS. Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de tal solicitud, GPS dejará de utilizar dichas Imágenes en futuras ubicaciones de medios y trabajará diligentemente para eliminar mi voz/ Imágenes de cualquier ubicación de medios existente. Reconozco que la revocación de esta autorización no se aplicará a las Imágenes u otra información ya utilizada/publicada en dependencia de esta autorización. Entiendo que una vez que la información anterior se divulgue, puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad si dichas leyes no se aplican al destinatario designado, y puede ser divulgada nuevamente por el destinatario designado. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de las Imágenes descritas en este formulario, por una tarifa razonable de copia, si así lo elijo.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, he ejecutado debidamente la liberación y autorización anterior en la fecha indicada inmediatamente a continuación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO DE LA FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Vigente a partir del 15 de octubre de 2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL Y DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LEA ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE.

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES LEGALES

Estamos obligados por ley a proporcionarle este Aviso para informarle sobre cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida y describir sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información. Mantendremos la privacidad de la información de salud protegida y le proporcionaremos un aviso ("Aviso") de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida.

Tenemos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, el nuevo aviso se aplicará a toda su información de salud futura, actual y pasada. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y lo publicaremos en nuestro sitio web.

### CÓMO PODEMOS UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Podemos divulgar o usar su información de salud para ciertos propósitos, algunos de los cuales se incluyen a continuación. Tenga en cuenta que no se enumerarán todos los usos o divulgaciones.

**Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica:** La razón más común por la que usamos o divulgamos su información de salud es para tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su autorización.

**Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su información para tratarlo. Esto incluye divulgar su información de salud protegida a: otros dentistas, higienistas, proveedores médicos, aprendices y personal de oficina que estén involucrados en su atención médica; programar una cita para usted; realizarle un examen; recetarle medicamentos o enviarlos a que los llenen; remitirlo o consultar con otro proveedor de atención médica para coordinar su atención; o obtener copias de su información de otro proveedor de atención médica que pueda haber visto antes.

**Pago:** Podemos usar o divulgar su información para obtener el pago de los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información para: preguntarle a usted o a su compañía de seguros acerca de su cobertura de seguro médico u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas o reclamaciones; o cobrar cantidades no pagadas (ya sea nosotros mismos o a través de una agencia de cobranza o abogado).

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para operar esta práctica médica. Estas actividades incluyen capacitar o evaluar a nuestro personal o proveedores, mejorar la calidad de la atención, realizar auditorías financieras o de facturación, participar en seguros, defender asuntos legales, realizar planificación comercial, almacenar sus registros o comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para recordarle sus citas.

**Divulgaciones a menos que usted objete:** A menos que nos indique lo contrario, podemos divulgar información de salud sobre usted a un amigo, familiar u otra persona involucrada en su atención. Por ejemplo, podemos suponer que si su cónyuge o amigo está presente durante su evaluación, podemos divulgar información profesional protegida a esa persona.

**Otros Usos y Divulgaciones:** En algunas situaciones limitadas y si se satisfacen ciertas condiciones, también podemos usar y divulgar su información sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán, y algunas nunca ocurrirán. Ejemplos de algunos de estos usos o divulgaciones son:

- cuando una ley estatal o federal exige que cierta información de salud se informe con un propósito específico;
- para fines de salud pública, como informes de enfermedades contagiosas, investigación o vigilancia, y notificaciones a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre medicamentos o dispositivos médicos;
- a autoridades gubernamentales sobre víctimas de presunto abuso, negligencia o violencia doméstica;
- para actividades de supervisión de la salud, como para la licencia, para auditorías de Medicare o Medicaid, o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de atención médica;
- para procedimientos judiciales y administrativos, como respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas;
- para fines policiales, como proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito, o informar o proporcionar información sobre un delito;
- a un médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte, o a directores de funerarias para ayudar en el entierro, o a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos;
- para investigación relacionada con la salud que haya sido aprobada por una Junta de Revisión Institucional o su equivalente;
- para prevenir una amenaza seria para la salud o la seguridad;
- para funciones gubernamentales especializadas, como para la protección del presidente u altos funcionarios del gobierno, para actividades legales de inteligencia nacional, con fines militares o para la evaluación y salud de los miembros del servicio exterior;
- divulgaciones de información desidentificada;
- divulgaciones relacionadas con programas de compensación laboral;
- divulgaciones de un “conjunto limitado de datos” para investigación, salud pública u operaciones de atención médica;
- divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidos; o
- divulgaciones a “asociados comerciales” que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que aceptan cumplir con las leyes y regulaciones de privacidad y seguridad que les aplican.

### **USOS Y DIVULGACIONES CON SU PERMISO**

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información a menos que firme un “formulario de autorización” escrito. El contenido de un “formulario de autorización” lo determina la ley federal. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o divulgación es idea nuestra. Si no firma la autorización, no podemos realizar el uso o divulgación. Si firma la autorización, puede revocarla en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado en función de ella. Su revocación de la autorización debe ser por escrito y enviada a la persona de contacto en la parte inferior de este Aviso.

A veces, puede iniciar el proceso si es su idea que le enviemos su información a otra persona. Típicamente, en esta situación completará un formulario de autorización.

### **RECORDATORIOS DE CITAS, MARKETING Y OTROS ASUNTOS**

Podemos comunicarnos con usted por teléfono (incluyendo dejar mensajes de voz), escribir, enviar un correo electrónico o mensaje de texto (incluyendo notificaciones push) (“comunicar”) para recordarle las citas programadas o la necesidad de hacer una cita de rutina. También podemos comunicarnos con usted sobre otros tratamientos o servicios disponibles que puedan ser de su interés. Además, podemos comunicarnos para dar seguimiento, realizar evaluaciones de calidad, solicitar comentarios u actividades similares. Entiende que si nos comunicamos con usted para solicitar autorización para marketing, y si se niega a proporcionar dicho consentimiento, esto no afectará su tratamiento. La práctica graba videos de consultas con fines de capacitación y atención a menos que el paciente solicite lo contrario.

Si nos envía información médica o de facturación por correo electrónico desde una dirección de correo electrónico privada (como Yahoo, Gmail, etc.), su información no estará encriptada a menos que utilice un

portal de mensajería segura. Si nos solicita que enviemos su información en buzones de depósito, unidades flash o cualquier tipo de archivo compartido, su información puede no ser segura. No somos responsables si se solicita que se envíe su PHI de manera no segura. También no somos responsables si su PHI se vuelve a divulgar, daña, altera o se utiliza de otra manera incorrecta por parte del destinatario. Además, si comparte su cuenta de correo electrónico con otra persona o imprime, publica o comparte de otra manera su PHI, es posible que no sea privada o segura.

## **TUS DERECHOS CON RESPECTO A TU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

La ley te otorga muchos derechos con respecto a tu información de salud. Puedes solicitar cualquiera de los siguientes derechos enviando una solicitud por escrito al contacto al final de este aviso.

**Acceso a la Información de Salud:** Tienes el derecho de acceder y recibir copias de tu información de salud que utilizamos para tomar decisiones sobre tu atención médica. Por lo general, a excepción de algunas situaciones limitadas, podrás revisar o tener una copia de tu información de salud dentro de los 30 días posteriores a nuestra solicitud. Es posible que debas pagar por las fotocopias por adelantado. Si denegamos tu solicitud, te enviaremos una explicación por escrito. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para proporcionarte acceso o fotocopias si te enviamos un aviso por escrito. Si tenemos información sobre ti en formato electrónico, te la proporcionaremos electrónicamente si podemos ponernos de acuerdo contigo sobre el formato, como PDF. Si lo deseas, puedes solicitar que la información electrónica de salud que tenemos sobre ti se envíe a otra persona que especifiques. Enviaremos la información electrónica donde lo solicites siempre que tus instrucciones sean claras y no haya otra razón para denegar tu solicitud. Es posible que debas pagar por el costo de producir una copia electrónica de tu información de salud.

**Enmienda:** Si crees que tu información de salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puedes solicitarnos que enmiendemos la información. Si estamos de acuerdo, enmendaremos la información dentro de los 60 días desde que nos lo pidas. Enviaremos la información corregida a las personas que sepamos que recibieron información incorrecta y a otras que especifiques. Si no estamos de acuerdo, puedes redactar una declaración de tu posición, y la incluiremos con tu información de salud junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una vez que se incluya tu declaración de posición y/o nuestra refutación en tu información de salud, la enviaremos cada vez que hagamos una divulgación permitida de tu información de salud. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si te notificamos por escrito de la extensión.

**Registro de Divulgaciones:** Tienes el derecho de recibir una lista de casos en los que divulgamos tu información de salud en los últimos 6 años (o un período más corto si lo deseas). Esta lista no incluirá usos o divulgaciones: para tratamiento, pago, operaciones de atención médica; que fue conforme a una autorización válida; usos o divulgaciones incidentales; divulgaciones requeridas por ley; y algunas otras divulgaciones limitadas. Por lo general, responderemos a tu solicitud dentro de los 60 días posteriores a su recepción, pero por ley, podemos tener una extensión de 30 días si te notificamos por escrito de la extensión.

**Restricciones a la Información de Salud:** Debes solicitarnos que restrinjamos o limitemos usos y divulgaciones con fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pago y operaciones de atención médica. A excepción de lo descrito en la siguiente oración, no estamos obligados a aceptar esto, pero si lo hacemos, debemos cumplir con las restricciones que desees. Por ley, estamos obligados a aceptar una solicitud para restringir la divulgación de tu información de salud a un plan de salud si la divulgación es para pago u operaciones de atención médica y se refiere a un artículo o servicio de atención médica por el cual pagaste en su totalidad, de tu propio bolsillo.

**Comunicaciones Confidenciales:** Tienes el derecho de pedirnos que nos comuniquemos contigo de manera confidencial, como llamarte en el trabajo en lugar de en casa o solo en tu teléfono celular, enviar información de salud a una dirección diferente, utilizar correo electrónico a tu dirección de correo electrónico personal o no utilizar correo electrónico ni mensajes de texto para comunicarnos contigo. Acomodaremos estas solicitudes si son razonables y si nos pagas por cualquier costo adicional.

**Notificación de Violación:** Puedes ser notificado de acuerdo con la ley si alguna vez hay una violación de datos que involucre tu información de salud.

**Copias de este Aviso:** Puedes solicitar una copia impresa de este aviso bajo petición.



## **QUEJAS E INFORMACIÓN**

Si crees que se han violado tus derechos de privacidad, puedes presentar una queja con nosotros en el contacto a continuación. También puedes presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al (800) 368-1019, TDD gratuito: (800) 537-7697, o enviando un correo electrónico a [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov). No tomaremos represalias contra ti si presentas una queja.

Para obtener más información sobre este aviso o nuestras prácticas de privacidad, puedes ponerte en contacto con nosotros en 32241 Crown Valley Parkway, Suite 220, Dana Point, CA 92629, +1 (888) 209-5091, o [DP@dentalimplantsgps.com](mailto:DP@dentalimplantsgps.com).

## POLÍTICA DE COMUNICACIONES Y AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

En general, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) otorga a los pacientes el derecho de solicitar información sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Al paciente también se le concede el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales, o que la comunicación de PHI se realice a través de medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de una persona en lugar de a su hogar. Esta información permanecerá en vigencia hasta que sea revocada por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

- Llamadas a mi Teléfono de Casa o Celular:
  - OK para dejar un mensaje con información detallada
  - Dejar nombre y médico con número para devolución de llamada solamente
- Llamadas a mi Teléfono del Trabajo:
  - OK para dejar un mensaje con información detallada
  - Dejar nombre y médico con número para devolución de llamada solamente
- Se pueden enviar comunicaciones escritas a mi dirección de casa
- Se pueden enviar comunicaciones escritas a mi dirección de correo electrónico Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
- Otro:

### *Comunicaciones Adicionales (Texto y Correo Electrónico):*

La transmisión de información del paciente a través de mensajes de texto móviles (SMS) o correo electrónico tiene varios riesgos que los pacientes deben considerar antes de otorgar su consentimiento para contactarlos. Utilizaremos medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de cualquier información enviada y recibida. Sin embargo, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por texto o correo electrónico y no seremos responsables por la divulgación inadvertida de información confidencial.

Al proporcionar su número de teléfono móvil o dirección de correo electrónico y optar afirmativamente, usted acepta que podremos comunicarnos con usted en esa dirección o número(s) a través de Texto o Correo Electrónico generado por un sistema de marcación automática u otro sistema automatizado, incluso si el número de teléfono móvil está registrado en alguna lista federal o estatal de "no llamar". Al proporcionar su número(s) de teléfono móvil, usted declara y garantiza que es el suscriptor de los números de teléfono(s) proporcionados y posee el/los teléfono(s) asociado(s) con dichos números.

### **AVISO HIPAA**

Por favor, tenga en cuenta que al proporcionar su número de teléfono móvil, usted reconoce que los mensajes electrónicos pueden contener información de salud protegida y pueden ser vistos por cualquier persona que tenga acceso a ese teléfono móvil, correo electrónico o cuenta del operador. Los mensajes no están encriptados. Los mensajes no encriptados pueden ser interceptados o recibidos por terceros no previstos, y/o almacenados o archivados por proveedores de servicios y operadores de sistemas.

Al optar por participar, también acepta y acepta quedar sujeto al Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado y da su consentimiento para el procesamiento de su información personal según lo establecido en esas políticas.

Usted acepta indemnizarnos completamente por todas las reclamaciones, gastos y daños relacionados o causados en su totalidad o en parte por su omisión de notificarnos si cambia su número de teléfono, incluidas, entre otras, todas las reclamaciones, gastos y daños relacionados o surgidos en virtud de la Ley de Protección al Consumidor de Telecomunicaciones.

En general, la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) otorga a los pacientes el derecho de solicitar los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). Al paciente también se le otorga el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación de PHI se realice por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina en lugar del hogar. Esta información permanecerá en vigencia hasta que sea revocada por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna medida.

### **FRECUENCIA Y CARGOS**

La frecuencia de los mensajes de texto puede variar según el usuario y el tema. No le cobramos por enviar o recibir Texto, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos del operador. Consulte el plan de precios de su servicio móvil para determinar los cargos asociados con el envío y recepción de mensajes de texto.

### **DARSE DE BAJA**

Puede optar por no recibir Texto en cualquier momento respondiendo "STOP" a cualquier mensaje. También puede llamar a nuestro número de teléfono al +1 (888) 209-5091 o enviarnos un correo electrónico a DP@dentalimplantsgps.com con cualquier pregunta o solicitud.

Es posible que Texto no esté disponible en todos los operadores inalámbricos. El acceso y entrega móviles están sujetos a la disponibilidad de la red de su operador móvil. Ni nosotros ni los operadores móviles somos responsables de mensajes retrasados o no entregados.

### **CONSENTIMIENTO**

- Consiento y autorizo a su consultorio y a sus proveedores de servicios a ponerse en contacto conmigo por correo electrónico en asuntos médicos, de seguros y facturación relacionados.
- Consiento y autorizo a su consultorio y a sus proveedores de servicios a ponerse en contacto conmigo por correo electrónico con ofertas, descuentos, últimas noticias y otros fines de marketing. Entiendo que no se me requiere otorgar mi consentimiento como condición para el tratamiento o compra. Puedo darme de baja en cualquier momento siguiendo las instrucciones de cancelación en dicho mensaje de correo electrónico o comunicándome con nuestra oficina.
- Consiento y autorizo a su consultorio y a sus proveedores de servicios a ponerse en contacto conmigo a través de mensajes de texto y llamadas telefónicas automatizadas en asuntos médicos, de seguros y facturación relacionados. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.
- Consiento y autorizo a su consultorio y a sus proveedores de servicios a ponerse en contacto conmigo por teléfono y/o mensajes de texto utilizando tecnología de marcación automática con ofertas, descuentos, últimas noticias y otros fines de marketing. Entiendo que no se me requiere otorgar mi consentimiento como condición para el tratamiento o compra. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento. Para darme de baja en cualquier momento, responda "STOP" o siga las instrucciones dentro del mensaje.

*Reconozco que he leído y comprendo completamente esta política. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por Texto o Correo Electrónico, y acepto las condiciones aquí descritas..*

---

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE:

NOMBRE IMPRESO DEL REPRESENTANTE PERSONAL (si corresponde)

---

FIRMA DEL PACIENTE (O REPRESENTANTE PERSON)

FECHA