

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE. ESTA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

La ley federal y estatal aplicable nos exige mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigencia (14/04/2003) y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestro Aviso que se aplicarán a toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos el nuevo Aviso disponible a pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información al final de este Aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos información médica sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica en espera de recibir tratamiento.

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

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación y actividades de obtención de licencias o credenciales de certificación.

Nuestra autorización: además de nuestro uso de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información médica o divulgarla a cualquier persona para

cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará el uso de las divulgaciones permitidas por su autorización mientras estaba en vigor. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información médica por ningún motivo, excepto los descritos en este Aviso.

A su familia y amigos: Debemos divulgarle su información médica, como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si usted acepta que podemos hacerlo.

Personas involucradas en la atención: Podemos usar o divulgar información médica para notificar o ayudar en la notificación de (incluida la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su condición general, o muerte. Si está presente, antes de usar o divulgar su información médica, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En caso de incapacidad o En circunstancias de emergencia, divulgaremos información médica basada en una determinación utilizando nuestro juicio profesional y divulgando solo información médica que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias responsables de su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas de información médica.

Servicios de marketing relacionados con la salud: No utilizaremos su información médica para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley.

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

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas en determinadas circunstancias. Podemos divulgar la información de salud de los funcionarios federales autorizados requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que tengan la custodia legal de la información médica protegida del preso o paciente en determinadas circunstancias

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

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a ver u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato de su solicitud a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en costos por gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que figura al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos el tiempo del personal para localizar y copiar su información médica, y el franqueo postal si desea que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información médica en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica por una tarifa. Comuníquese con nosotros utilizando la información al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Contabilidad de divulgación: tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información médica para fines distintos del tratamiento, pago, operaciones de salud y ciertas otras actividades, durante los últimos seis años, pero no antes de abril. 14, 2003. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación alternativa: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos, a ubicaciones alternativas. (Usted debe hacer su solicitud por escrito). Su solicitud debe especificar los medios alternativos o la ubicación, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos según los medios alternativos o la ubicación que solicite.

Enmienda: Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información). Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias.

Aviso electrónico: Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (correo electrónico), tiene derecho a recibir este aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información médica o para tener nos comunicamos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede quejarse con nosotros utilizando la información de contacto al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si lo solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Para obtener más información sobre HIPAA o para presentar una queja:

La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 200 Independence Avenue, S.W. Washington, DC 20201202 / 619-0257
Línea gratuita: 1 / 877-696-6775

RECONOCIMIENTO DE RECIBIR AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

* Puede negarse a firmar este reconocimiento *

Yo, _____ e recibido el Aviso de prácticas de privacidad de la oficina.

Firma: _____

Fecha: _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA

Es nuestra política confirmar las citas con anticipación para garantizar que usted y su familia reciban una atención dental óptima a la hora y el día que le resulten más convenientes. Si su cita no se confirma dentro de los 2 días antes de su cita por mensaje de texto o verbalmente, cancelaremos su cita automáticamente. Por lo tanto, necesitamos saber lo antes posible si no podrá asistir a su cita para poder ofrecer ese tiempo a alguien que tenga una necesidad inmediata. Las citas perdidas no solo crean un inconveniente para nosotros y nuestros otros pacientes, sino que también supone una carga financiera para nuestra práctica cuando mantenemos al personal y otros le para citas que no se mantengan. Dado que este tiempo está reservado exclusivamente para usted, le cobraremos una tarifa por las citas que no se cancelen dentro de las 72 horas de su cita programada.

Si llega tarde a una cita y no queda tiempo suficiente en el cronograma para completar su tratamiento planificado antes de la fecha prevista para el próximo paciente, es posible que necesitemos reprogramar su cita. Por lo tanto, se puede aplicar una tarifa de cancelación de \$ 250.00. También se aplicará cualquier cancelación o reprogramación el mismo día que no nos avise con 72 horas de anticipación.

Ciertamente entendemos que ocurren emergencias y no deseamos penalizar a los pacientes por situaciones inevitables. Sin embargo, queremos desalentar el abuso repetido de nuestro proceso de programación, que en última instancia es injusto para aquellos pacientes que son diligentes en cumplir con sus citas.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, no dude en preguntar. Apreciamos su negocio y su comprensión de la necesidad de esta política.

He leído la información anterior sobre la Política de cancelación de citas y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del coordinador de tratamiento: _____

Fecha: _____

POLÍTICA DE PAGO

El pago vence el día en que se prestan los servicios profesionales.

Hacemos todo lo posible para ayudar a los pacientes que tienen seguro a presentar reclamaciones. El estimado el copago se debe realizar en su totalidad en cada cita.

Cuando se reciba el pago de su proveedor, recibirá un estado de cuenta por cualquier saldo pendiente o se le reembolsará inmediatamente cualquier pago en exceso. El saldo "después del seguro" vence en su totalidad dentro de los 10 días posteriores a la facturación para evitar cargos por intereses.

La reclamación no pagada es de más de 30 días y es responsabilidad del paciente dar seguimiento. Si han pasado más de 45 días, se requiere el pago completo. Continuaremos ayudándole a que tu proveedor te reembolse.

En caso de que se devuelva un cheque por fondos insuficientes, se cobrará automáticamente un cargo de \$ 25 en su cuenta.

Si mi cuenta se deriva a una agencia de cobranza externa, acepto pagar todos los costos, incluidos los honorarios de abogados, hasta los límites legales.

Acepto pagarle a Channel Islands Family Dental Office por cualquier servicio que me brinden a mí o a los miembros de mi familia de acuerdo con los términos establecidos anteriormente.

Los cargos por intereses se aplicarán a las cuentas que no se paguen de acuerdo con las pautas anteriores a una tasa del 1.5% mensual para una tasa anual compuesta del 18%.

He leído la información anterior sobre la Política de pago y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del coordinador de tratamiento: _____

Fecha: _____

Tratamiento de emergencia COVID-19: formulario de consentimiento del paciente

Descargo de responsabilidad de recursos humanos para la salud

El formulario de consentimiento del paciente a continuación es un documento de muestra que puede personalizar y proporcionar a los pacientes si necesitan recibir tratamiento de emergencia durante el brote de COVID-19.

Este documento y cualquier material relacionado se proporciona como un servicio puesto a disposición por HR for Health, sus socios, afiliados o subsidiarias. HR for Health no es un bufete de abogados y este documento proporciona información general relacionada con la ley, pero no brinda asesoramiento legal. Ninguno de nuestros representantes de servicio al cliente son abogados y tampoco brindan asesoramiento legal. Aunque hacemos todo lo posible para asegurarnos de que nuestra información sea precisa y útil, le recomendamos que consulte a un abogado si desea asesoramiento legal específico para su estado.

Como tal, esta exención es simplemente para informar a los pacientes del riesgo de recibir tratamiento en su práctica y puede no protegerlo de ninguna responsabilidad que pueda surgir como resultado de su decisión de tratar al paciente. Las prácticas deben seguir todas las reglamentaciones federales, estatales y locales, incluidas, entre otras, los CDC y OSHA para proteger a los empleados y pacientes durante este tiempo.

HR for Health proporciona información práctica sobre recursos humanos y orientación basada en nuestra experiencia en la industria y nuestra experiencia con nuestros clientes. Los servicios de RR.HH. para la salud no pretenden sustituir el asesoramiento legal. Los servicios de Recursos Humanos para la Salud no incluyen ni constituyen asesoramiento legal, comercial, internacional, regulatorio, de seguros, fiscal o financiero. El uso de nuestros servicios, ya sea por teléfono, correo electrónico o mediante el sitio web indicará su aceptación de este descargo de responsabilidad.

Tenga en cuenta que todas las políticas y formularios que proporcionamos deben ser revisados por su asesor legal para garantizar el pleno cumplimiento de sus regulaciones locales, estatales y federales y de acuerdo con sus necesidades comerciales específicas.

Formato de documento

Este formulario está en formato PDF. Si no tiene un editor de PDF, cópielo y péguelo en otro editor de documentos para personalizarlo según su práctica.

Formulario de consentimiento para tratamiento de emergencia COVID-19

Yo (el paciente), doy mi consentimiento para recibir tratamiento de emergencia de Channel Islands Family Dental y Oxnard Referral Group durante el brote de COVID-19. Entiendo que hay mucho que aprender sobre el COVID-19 recién surgido, incluida la forma en que se propaga y transmite. Entiendo que, según lo que se sabe actualmente sobre el COVID-19, se cree que la propagación ocurre principalmente de persona a persona a través de gotitas respiratorias entre contactos cercanos. Entiendo que el contacto cercano puede ocurrir por estar dentro de aproximadamente 6 pies de alguien con COVID-19 durante un período prolongado de tiempo o por tener contacto directo con secreciones infecciosas de alguien con COVID-19. Entiendo que es posible que los portadores de COVID-19 no presenten síntomas, pero aún así sean altamente contagiosos.

Entiendo que debido a las incógnitas de este virus, la cantidad de otros pacientes que han estado en la práctica y la naturaleza de los procedimientos realizados aquí, tengo un mayor riesgo de contraer el virus al estar en la práctica y al recibir tratamiento en la práctica.

Entiendo que, según las pautas de los CDC y la ADA, no recomiendo continuar con ningún tratamiento que no sea esencial en este momento.

Entiendo que el tratamiento que estoy recibiendo es una emergencia debido a la infección subyacente, el dolor o las condiciones que limitan mis actividades diarias normales. Confirmando que estoy buscando tratamiento para una afección que cumple con estos criterios. _____(Inicial)

Entiendo que los procedimientos dentales tienen el potencial de incluir procedimientos que generan aerosoles, así como salpicaduras y aerosoles anticipados, que son algunas de las formas en que se puede propagar COVID-19.

Entiendo que los síntomas que se enumeran a continuación son representativos de COVID-19:

- fiebre
- Tos seca
- Dificultad para respirar
- temperatura
- Dolor o presión persistente en el pecho.
- Labios o cara azulados

Confirmando que no muestro ni tengo actualmente ninguno de los síntomas que son representativos de COVID19, que se describen arriba: _____ (Inicial)

Entiendo que todos los viajeros que lleguen de un país o región con transmisión continua generalizada, como lo indica el CDC, deben quedarse en casa durante 14 días para practicar el distanciamiento social y monitorear su salud después de su llegada.

Confirmando que no he viajado a ninguno de los países o regiones con transmisión generalizada en curso (Aviso de salud para viajes de nivel 3) en los últimos 14 días. _____(Inicial)

Confirmando, a mi leal saber y entender, que no he tenido contacto cercano con una persona diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días. _____(Inicial)

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente / tutor: _____

Fecha: _____

Para uso práctico: Doctor

Firma: _____

Fecha: _____