

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (móvil) _____ (Trabajo) _____ (Casa) _____

Correo electrónico _____

¿Cómo se enteró de nuestra clínica? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Marque una opción: PPO DHMO DENTI-CAL SIN SEGURO)

Seguro principal	Seguro secundario
Nombre del suscriptor _____	Nombre del suscriptor _____
ID del suscriptor _____	ID del suscriptor _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Parentesco con el suscriptor (Marque una opción) Cónyuge Hijo Otro	Parentesco con el suscriptor (Marque una opción) Cónyuge Hijo Otro
Nombre del empleador _____	Nombre del empleador _____
Teléfono del empleador _____	Teléfono del empleador _____
Compañía aseguradora _____	Compañía aseguradora _____
Grupo asegurador _____	Grupo asegurador _____
Teléfono del seguro _____	Teléfono del seguro _____

***Presente su tarjeta de seguro para fotocopiarla para nuestros registros.records.

RESPONSABLE (Si es menor de edad)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección (Si es diferente) _____ Fecha de nacimiento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Correo electrónico _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Teléfono _____

AUTORIZACIÓN

Doy mi consentimiento para que mi dentista realice los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento dental, así como para la divulgación de información sobre mi atención médica (o la de mi hijo/a), consejos y tratamiento a otro dentista, o para evaluar y administrar cualquier reclamación de beneficios del seguro. Doy mi consentimiento para el pago directo de mis beneficios del seguro al dentista o grupo dental y entiendo que mis beneficios del seguro pueden cubrir una cantidad menor a la factura real por los servicios y que soy responsable de cualquier servicio no pagado o cubierto por mis beneficios del seguro, así como de cualquier saldo de la cuenta.

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas que cumplan con la HIPAA, como correos electrónicos y mensajes de texto, sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que no tengo obligación de recibir estas comunicaciones electrónicas. Pueden aplicarse tarifas por mensajes/datos, y puedo cancelar la suscripción a mis comunicaciones electrónicas en cualquier momento haciendo clic en el enlace para cancelar la suscripción que aparece en los correos electrónicos o enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP" al 6269633322..

Certifico la exactitud de la información de esta página.

Firma _____ Fecha _____
 (Parte Responsable, si es menor de 18 años)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

1. Sí / No ¿Su estado general de salud es bueno?
Si respondió NO, explique: _____
2. Sí / No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?
Si respondió, SI explique: _____
3. Sí / No ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencias, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años?
Si respondió, SI explique: _____
4. Sí / No ¿Actualmente es atendido por un médico? Si respondió SI, explique: _____
Fecha del último examen médico _____ Motivo del examen: _____
5. Sí / No ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?
Si respondió, SI explique: _____
Fecha de último examen dental: _____ Nombre del último dentista tratante: _____
6. Sí / No ¿Siente dolor ahora?
Si respondió, SI explique: _____

II. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

- | | | |
|---|--|---|
| Sí / No Dolor de pecho (angina) | Sí / No Sangre en las heces | Sí / No Vómitos frecuentes |
| Sí / No Desmayos | Sí / No Diarrea o constipación | Sí / No Ictericia |
| Sí / No Considerable pérdida de peso reciente | Sí / No Micción frecuente | Sí / No Boca seca |
| Sí / No Fiebre | Sí / No Dificultad al orinar | Sí / No Sed excesiva |
| Sí / No Sudores nocturnos | Sí / No Zumbido en los oídos | Sí / No Dificultad al traguar |
| Sí / No Tos persistente | Sí / No Dolores de cabeza | Sí / No Tobillos inflamados |
| Sí / No Expectoración de sangre | Sí / No Mareos | Sí / No Dolor o rigidez en articulaciones |
| Sí / No Trastornos hemorrágicos | Sí / No Visión borrosa | Sí / No Falta de aire |
| Sí / No Sangre en la orina | Sí / No Aparición de moretones con facilidad | Sí / No Problemas de sinusitis |

Otro: _____

III. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

- | | | |
|---|---|--|
| Sí / No Enfermedad cardíaca | Sí / No SIDA/HIV | Sí / No Atención psiquiátrica |
| Sí / No Historial familiar de enfermedad cardíaca | Sí / No Cirugías | Sí / No Osteoporosis |
| Sí / No Infarto | Sí / No Internación | Sí / No Enfermedad tiroidea |
| Sí / No Articulación artificial | Sí / No Diabetes | Sí / No Asma |
| Sí / No Problemas de estómago o úlceras | Sí / No Historial familiar de diabetes | Sí / No Hepatitis |
| Sí / No Defectos cardíacos | Sí / No Tumores o cáncer | Sí / No Enfermedad de transmisión sexual |
| Sí / No Soplo cardíaco | Sí / No Quimioterapia | Sí / No Herpes |
| Sí / No Fiebre reumática | Sí / No Radioterapia | Sí / No Chancro o afta |
| Sí / No Enfermedad de la piel | Sí / No Artritis, reumatismo | Sí / No Anemia |
| Sí / No Endurecimiento de las arterias | Sí / No Enfisema u otra enfermedad pulmonar | Sí / No Enfermedad del hígado |

Sí / No	Hipertensión	Sí / No	Enfermedad renal o de la vejiga	Sí / No	Enfermedad ocular
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Accidente cerebro-vascular	Sí / No	Trasplantes
Sí / No	Cirugía estética	Sí / No	Trastornos alimenticios	Sí / No	Tuberculosis
Otro:	_____				

IV. ¿ES USTED ALÉRGICO O HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS (Marque con un círculo Sí o No para cada uno)

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Valium u otros sedantes	Sí / No	Codeína u otros opioides
Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No	Látex	Sí / No	Alimentos
Sí / No	Óxido nitroso	Sí / No	Anestésico local	Sí / No	Metal
Otro:	_____				

V. ¿ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?

(Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Drogas recreativas	Sí / No	Tabaco en cualquier forma	Sí / No	Antibióticos
Sí / No	Medicamentos sin receta	Sí / No	Alcohol	Sí / No	Suplementos
Sí / No	Medicamentos para perder peso	Sí / No	Bifosfonato (Fosamax)	Sí / No	Aspirina
Sí / No	Antidepresivos	Sí / No	Suplementos herbales		
Sí / No	Opioides (por ejemplo, Norco, Vicodin, Percocet, Percodan)	En caso afirmativo, explique la razón:	_____		

Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta:

VI. MUJERES SOLAMENTE (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	¿Está o podría estar embarazada? Si respondió Sí, ¿de cuántos meses? ¿Está _____
Sí / No	amamantando?
Sí / No	¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

VII. TODOS LOS PACIENTES (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario? Si respondió Sí, explique: _____

Sí / No ¿Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Si respondió Sí, ¿cuándo?: _____

Sí / No ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen? Si respondió Sí, ¿cuándo?: _____

Sí / No ¿Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado?

La práctica de la odontología implica tratar a la persona completa. Si el dentista determina que puede existir una situación médica comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.

Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del médico: _____

Número de teléfono: _____

¿A quién desea que contactemos en caso de emergencia?

Nombre: _____ Vínculo: _____ Número de teléfono: _____

Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al llenar este formulario.

Firma del paciente (Padre o Tutor)

Fecha

Firma del dentista

Fecha

Firma del paciente (Padre o Tutor)

Fecha

Firma del dentista

Fecha

Responsabilidad del Paciente y Consentimiento para la Comunicación

Responsabilidad Financiera:

Initials

Solicito que todos los beneficios, si los hubiera, u otros montos pagaderos a mí o en mi nombre por los servicios prestados, se paguen directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios, independientemente de si están cubiertos por el seguro. Autorizo al proveedor del servicio a divulgar toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad para el seguro y asegurar el pago de los beneficios.

Verificación de la Información:

Initials

La información proporcionada en este documento es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Autorizo a Foothill Family Dental Group (FFDG), o a cualquier persona que actúe en su nombre, a obtener, revisar y/o compartir con sus agentes designados, o cualquier cesionario de mi cuenta, mi informe crediticio con el fin de evaluar mi crédito y verificar mi identidad, o para actualizar, renovar, dar servicio, modificar o cobrar mi cuenta. Esta autorización es válida mientras se adeude algún monto en mi cuenta a FFDG o a cualquier cesionario de mi cuenta. Reconozco que FFDG puede reportar información sobre mi cuenta a agencias de informes crediticios y otras personas que legalmente puedan recibir dicha información. Los pagos atrasados, los pagos no realizados u otros incumplimientos en mi cuenta pueden verse reflejados en mi informe crediticio.

Consentimiento previo expreso para llamadas, mensajes de texto y correo electrónico:

Initials

Al proporcionar mi número de teléfono fijo, celular u otro dispositivo inalámbrico, y mi dirección de correo electrónico, ahora o en el futuro, doy mi consentimiento y acepto expresamente que FFDG y cualquiera de sus afiliados, agentes, proveedores de servicios o cesionarios puedan llamarme mediante un sistema de marcación telefónica automática o de otro modo, dejarme un mensaje de voz, pregrabado o artificial, o enviarme un mensaje de texto, correo electrónico u otro mensaje electrónico para cualquier propósito relacionado con el servicio o el cobro de cualquier cuenta que pueda establecer con FFDG, o para otros fines informativos relacionados con mi cuenta o su tratamiento ("Comunicación"). También acepto que FFDG y cualquiera de sus afiliados, agentes, proveedores de servicios o cesionarios puedan incluir mi información personal en una Comunicación. FFDG no cobrará por las comunicaciones, pero mi proveedor de servicios podría hacerlo. Acepto que FFDG pueda monitorear y grabar cualquier llamada telefónica para garantizar la calidad de su servicio o por otros motivos.

CUERDO DE ARBITRAJE

Número de Historial del Paciente. _____

Nombre del Paciente: _____

Artículo 1: **Acuerdo de Arbitraje:** Se entiende que cualquier disputa relacionada con negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios, no autorizados, o se prestaron de forma incorrecta, negligente o incompetente, se resolverá mediante arbitraje, según lo dispuesto por la legislación de California, y no mediante una demanda ni un proceso judicial, salvo que la legislación de California prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Al celebrar este Contrato, ambas partes renuncian a su derecho constitucional a que dicha disputa se resuelva en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: **Todas las reclamaciones deben ser arbitradas:** Es la intención y el acuerdo de las partes que este acuerdo de arbitraje cubrirá todas las reclamaciones o controversias relacionadas con los asuntos descritos en el Artículo 1 anterior, excepto las reclamaciones dentro de la jurisdicción del Tribunal de Demandas Menores, ya sea por agravio (intencional o negligente), contrato o de otro tipo, incluyendo, entre otros, demandas relacionadas con los asuntos descritos en el Artículo 1 y que también involucren reclamaciones por pérdida de consorcio, homicidio culposo, discriminación, angustia emocional o daños punitivos. El arbitraje de conformidad con los términos de este Contrato vinculará a todas las partes cuyas reclamaciones, como se describe en el Artículo 1, puedan surgir de o estar relacionadas de alguna manera con el tratamiento o los servicios proporcionados o no proporcionados por Foothill Family Dental Group, ("FFDG") o cualquier empleado, agente o proveedor de FFDG, incluyendo cualquier cónyuge o herederos del Paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o no, en el momento del suceso que dé lugar a cualquier reclamación. El abajo firmante entiende y acepta que, si firma este Contrato en nombre de otra persona por la que sea responsable, dicha(s) persona(s) también estarán obligadas, junto con cualquier otra persona que pueda tener una reclamación derivada del tratamiento o los servicios prestados a dicha persona. La referencia a FFDG incluye a la corporación, sus empleados, agentes y proveedores. La interposición de una demanda judicial por parte de FFDG para cobrar honorarios al Paciente no implica la renuncia al derecho a exigir el arbitraje de cualquier reclamación descrita en el Artículo 1. Sin embargo, tras la interposición de una reclamación contra FFDG, cualquier disputa sobre honorarios, sea o no objeto de una acción judicial existente, también se resolverá mediante el mismo arbitraje.

Artículo 3: **Procedimientos y legislación aplicable:** El Paciente iniciará el arbitraje notificando una Demanda de Arbitraje a FFDG y a cada demandado. La reclamación deberá enviarse por correo postal de EE. UU., con franqueo prepago, a: Foothill Family Dental Group, 210 S. Grand Avenue, Suite 420, Glendora, CA 91741. La solicitud de arbitraje deberá comunicarse por escrito a todas las partes, identificar a cada demandado, describir la reclamación contra cada parte, la cuantía de la indemnización solicitada, y los nombres, direcciones y números de teléfono del Paciente y su abogado. El Paciente y FFDG acuerdan que cualquier arbitraje en virtud del presente será llevado a cabo por un árbitro único e imparcial seleccionado por las partes y se resolverá conforme a las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje. (Sin embargo, el arbitraje no será realizado por la Asociación Americana de Arbitraje). El paciente deberá presentar sus reclamaciones con la debida diligencia, y el arbitraje se regirá por el Código Civil, §§ 3333.1 y 3333.2; el Código de Procedimiento Civil, §§ 340.5, 667.7 y 1281-1295; y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C. §§ 1-9), vigente en cada momento.

Artículo 4: **Efecto retroactivo:** El paciente tiene la intención de que este Contrato cubra los servicios prestados por FFDG no solo después de la fecha de su firma (incluyendo, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de su firma.

Artículo 5: **Divisibilidad:** Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se declara inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de ninguna otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Contrato.

Con mi firma a continuación, confirmo haber recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTE QUE CUALQUIER ASUNTO DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE RESUELVA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O ANTE UN TRIBUNAL. CONSULTE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del Paciente/Parte Responsable

Nombre en letra imprenta

Fecha de la firma

ACUERDO DE ARBITRAJE DE FFDG

En consideración de los acuerdos anteriores en virtud de este Contrato, FFDG también acepta regirse por los términos establecidos en este Contrato y por las normas especificadas en el Artículo 3 anterior.

Preparado por un empleado de FFDG

Nombre en letra imprenta

Fecha de la firma

Acuse de recibo de: Hoja informativa sobre materiales dentales y Aviso de privacidad de FFDG Dental

Al firmar este documento, confirmo haber recibido una copia de:

- Hoja informativa sobre materiales dentales
- Aviso de privacidad

Firma del paciente/responsable

Nombre en letra imprenta

Fecha de la firma

For FFDG's Dental USE Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify): _____



Evaluación de la sonrisa del paciente

Encuesta sobre necesidades dentales

SÍ NO

¿Le gusta sonreír ampliamente para mostrar los dientes? () ()

¿Está satisfecho con el aspecto de sus dientes? () ()

¿Le gusta el aspecto de sus coronas y empastes? () ()

¿Sus dientes son demasiado largos? ¿Demasiado cortos? () ()

¿Te faltan dientes? () ()

Si pudieras cambiar una cosa de tu sonrisa, ¿qué sería?

.

Me gustaría conocer las opciones disponibles para maximizar mi comodidad y mi experiencia durante mi visita. (Marque todas las que correspondan)

Materiales educativos para pacientes

Óxido nitroso Medicamentos sedantes

¿Le preocupa alguno de los siguientes aspectos? (Marque todos los que correspondan):

Molestias existentes en los dientes o las encías Aclarar su sonrisa

Sustitución de empastes antiguos de plata Mejora del aspecto de su sonrisa

Sangrado de las encías al cepillarse los dientes o usar hilo dental Prevención de caries Mal aliento Otros _____



Política de Cancelación de Pacientes

Su cita es una hora reservada exclusivamente para usted en nuestra oficina de Foothill Family Dental Group.

Hay mucha demanda de citas y nuestros médicos tienen disponibilidad limitada. Las tardanzas, cancelaciones de última hora o inasistencias podrían dar lugar a que no podamos reservar tiempo en el futuro, ya que es posible que no podamos reprogramar su cita a tiempo.

Intentaremos contactarlo para confirmar su cita o programar su tratamiento. Si no recibimos respuesta después de tres intentos, consideraremos que no desea asistir a su cita.

Entendemos que su tiempo es muy valioso para usted y, para respetar su tiempo y el de otros pacientes, requerimos un aviso con DOS DÍAS HÁBILES de anticipación para cambiar o cancelar su cita.

Las cancelaciones de última hora y las inasistencias podrían estar sujetas a ***un cargo por cancelación o cancelación de cita.***

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida, proporcionar a las personas un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y notificar a las personas afectadas tras una vulneración de la seguridad de la información de salud protegida no garantizada. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entra en vigor el **16 de febrero de 2026** 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, y de hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y publicaremos el nuevo Aviso de manera clara y destacada en nuestra ubicación de práctica, y proporcionaremos copias del nuevo Aviso previa solicitud.

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: **FFDG's Privacy Officer, c/o Foothill Family Dental Group, 210 South Grand Avenue, Suite 420, Glendora, CA 91741.**

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos usar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, incluyendo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías, hemos proporcionado una descripción y un ejemplo. Cierta información, como la relacionada con el VIH, la información genética, los registros de tratamiento de trastornos por consumo de alcohol y/o sustancias, y los registros de salud mental pueden tener derecho a protecciones especiales de confidencialidad bajo las leyes estatales o federales aplicables. Respetaremos estas protecciones especiales en los casos pertinentes que involucren este tipo de registros.

- **Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a un especialista que le esté brindando tratamiento.

- **Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el reembolso de los tratamientos y servicios que reciba de nosotros o de otra entidad involucrada en su atención. Las actividades de pago incluyen facturación, cobranzas, gestión de reclamaciones y determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago de usted, de una compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, podemos enviar reclamaciones a su plan de salud dental que contengan cierta información de salud.
- **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, realización de programas de capacitación y actividades de acreditación.
- **Personas involucradas en su atención o el pago de su atención:** Podemos divulgar su información de salud a su familia, amigos o cualquier otra persona identificada por usted cuando participen en su atención o en el pago de su atención. Además, podemos divulgar información sobre usted a un representante del paciente. Si una persona tiene autoridad por ley para tomar decisiones de atención médica por usted, trataremos a ese representante del paciente de la misma manera que lo trataríamos a usted con respecto a su información de salud.
- **Asistencia en casos de desastre:** Podemos usar o divulgar su información de salud para ayudar en los esfuerzos de ayuda en casos de desastre.
- **Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley nos obligue a hacerlo.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública, incluyendo divulgaciones para:
 - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - Informar sobre abuso o negligencia infantil;
 - Informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos;
 - Notificar a una persona sobre el retiro, reparación o reemplazo de productos o dispositivos;
 - Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o

- Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Seguridad Nacional:** Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a una institución correccional o a un funcionario de la ley que tenga la custodia legal la información de salud protegida de un recluso o paciente.
- **Secretario del HHS:** Divulgaremos su información de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento con HIPAA.
- **Indemnización por Accidentes de Trabajo (Worker's Compensation):** Podemos divulgar su información de salud protegida (PHI) en la medida autorizada y necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.
- **Cumplimiento de la Ley:** Podemos divulgar su PHI para fines de cumplimiento de la ley según lo permita HIPAA, según lo exija la ley, o en respuesta a una citación u orden judicial.
- **Actividades de Supervisión de Salud:** Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones, según sea necesario para la obtención de licencias y para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal iniciado por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos, ya sea por la parte solicitante o por nosotros, para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Investigación:** Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o una junta de privacidad

que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información.

- **Coroneros, Médicos Forenses y Directores de Funerarias:** Podemos entregar su PHI a un coronero o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar PHI a directores de funerarias de acuerdo con la ley aplicable para permitirles realizar sus funciones.
- **Recaudación de Fondos:** Podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre nuestras actividades patrocinadas, incluidos programas de recaudación de fondos, según lo permita la ley aplicable. Si no desea recibir dicha información, puede optar por no recibir estas comunicaciones.
- **Información de Tratamiento de SUD (Trastorno por Uso de Sustancias):** Si recibimos o mantenemos información sobre usted de un programa de tratamiento de trastornos por uso de sustancias cubierto por el 42 CFR Parte 2 (un "Programa de la Parte 2") a través de un consentimiento general que usted proporciona al Programa de la Parte 2 para usar y divulgar el registro del programa para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar su registro para dichos fines según se describe en este Aviso. Si recibimos o mantenemos su registro a través de un consentimiento específico que usted nos proporcione a nosotros o a un tercero, usaremos y divulgaremos dicho registro solo según lo permita expresamente su consentimiento.

Bajo ninguna circunstancia utilizaremos o divulgaremos su registro del Programa de la Parte 2, o testimonio que describa la información contenida en el mismo, en ningún procedimiento civil, criminal, administrativo o legislativo por parte de cualquier autoridad federal, estatal o local en su contra, a menos que esté autorizado por su consentimiento o por la orden de un tribunal después de que este le notifique sobre dicha orden.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE PHI

Se requiere su autorización, con pocas excepciones, para la divulgación de notas de psicoterapia, el uso o divulgación de PHI para marketing y para la venta de PHI. También obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para fines distintos a los previstos en este Aviso (o según lo permita o exija la ley de otro modo). Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI, excepto en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en la autorización.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD

- **Acceso:** Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Debe realizar la solicitud por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que figura al principio de este Aviso o enviándonos una carta. Si solicita información que mantenemos en papel, podemos proporcionar fotocopias. Si solicita información que mantenemos electrónicamente, tiene derecho a una copia electrónica. Utilizaremos el formulario y formato que solicite si se puede producir fácilmente. Le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos de suministros, mano de obra de copiado y franqueo.
- **Contabilidad de Divulgaciones:** Con la excepción de ciertas divulgaciones, tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud de acuerdo con las leyes y reglamentos aplicables. Debe presentar su solicitud por escrito. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en los costos.
- **Derecho a Solicitar una Restricción:** Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su PHI mediante una solicitud por escrito. Su solicitud debe incluir (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sea a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y la información se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted, o una persona en su nombre, haya pagado a nuestra práctica en su totalidad.
- **Comunicación Alternativa:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Debe hacer su solicitud por escrito. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted por los medios solicitados, utilizaremos la información que tenemos.
- **Enmienda (Corrección):** Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué debe enmendarse la información. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Si aceptamos, enmendaremos su registro y se lo notificaremos.
- **Derecho a Notificación de Vulneración:** Recibirá notificaciones de vulneraciones de seguridad de su información de salud protegida no garantizada según lo exige la ley.

- **Aviso Electrónico:** Puede recibir una copia en papel de este Aviso previa solicitud, incluso si ha aceptado recibirla electrónicamente.

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 hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud de enmienda o restricción, puede presentar una queja ante: **FFDG's Privacy Officer, c/o Foothill Family Dental Group, 210 South Grand Avenue, Suite 420, Glendora, CA 91741.** También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

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