

## Política de HIPAA y Consentimientos de Oficina

Vamos a utilizar su información de salud dentro de nuestra oficina para ofrecerle el mejor cuidado dental posible. Esto puede incluir procedimientos de la oficina administrativa y clínicos diseñados para optimizar la programación y la coordinación de la atención entre higienista, asistente dental, dentista, y el personal de la oficina de negocios. Además, podemos compartir su información médica con médicos, dentistas referencia, laboratorios clínicos y dentales, farmacias u otro personal de cuidado de salud que le proporcionan tratamiento. También se puede utilizar:

### PARA OBTENER PAGO

Podemos incluir su información de salud con una factura utilizada para recoger el pago del tratamiento que recibe en nuestra oficina . Podemos hacer esto con los formularios de seguros presentadas por usted en el correo o enviados electrónicamente . Vamos a estar seguro para trabajar sólo con las empresas con compromiso similar con la seguridad de nuestra información de salud.

### PARA CONDUCTAR OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Su información médica puede ser usada durante los programas de formación y programas de evaluación. También es posible que la información médica será revelada durante las auditorías de las compañías de seguros o agencias de gobierno nombró como parte de su garantía de calidad y de cumplimiento opiniones. Su información médica puede ser revisada durante el proceso rutinario de las actividades de certificación, licencia o credenciales.

### RECORDATORIOS AL PACIENTE

Porque creemos que el cuidado regular es muy importante para su salud oral y general, vamos a recordarle una cita programada o que es el momento para que usted pueda ponerse en contacto con nosotros y concertar una cita. Además, podemos contactar con usted para dar seguimiento a su cuidado y le informará de las opciones de tratamiento o servicios que puedan ser de interés para usted o su familia. Estas comunicaciones son una parte importante de nuestra filosofía de modelando con nuestros pacientes para asegurarse de que reciban el mejor cuidado de la odontología moderna de prevención y restauración proporcionan. Ellos pueden incluir tarjetas postales, cartas, recordatorios telefónicos, correo electrónico o mensajes de texto.

### SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD NACIONAL

Podemos requerir a revelar a los funcionarios federales o información médica autoridades militares necesarios para completar una investigación relacionada con la salud pública o la seguridad nacional. La información de salud puede ser importante cuando el gobierno cree que la seguridad pública podría beneficiarse cuando la información podría conducir al control o prevención de una epidemia o la comprensión de los nuevos efectos secundarios de un tratamiento farmacológico o un dispositivo médico.

### FAMILIA, AMIGOS Y CUIDADORES

Podemos compartir su información de salud con los que nos diga estará ayudando con la higiene del hogar, el tratamient, la medicación, o el pago. Nos aseguraremos de que pedir permiso primero. Si hay una emergencia, en el que no puede decirnos lo que quiere, usaremos nuestro mejor juicio al compartir su información de salud sólo cuando será importante para aquellos que participan en la prestación de su cuidado.

### Copia de los registros

Usted tiene derecho a una copia de su historia de nuestra oficina. Usted puede estar sujeto a una cuota de producción de registros de \$ 0.75 por página impresa , y \$ 10 por página impresa para radiografías u otras imágenes de diagnóstico . Por favor espere de 7-10 días laborales para estos registros para ser preparados y enviados por correo . Una opción de copia por correo electrónico también está disponible .

## CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS Y LA FOTOGRAFIA

Durante el curso del tratamiento, es posible que someterse a procedimientos en todas las fases de la odontología, incluyendo periodoncia (tratamiento de las encías y cirugía), cirugía oral, endodoncia (tratamientos de conducto), fijos y prostodoncia removibles (coronas, puentes y dentaduras postizas), implantología, reconstituyentes odontología, tratamiento temporomandibular trastorno, el tratamiento de la apnea del sueño , patología oral , odontología pediátrica , y la radiografía .

No se pueden ofrecer garantías sobre los resultados del tratamiento, la longevidad, la restauración o pronósticos. Entiendo que cualquier rama de la medicina, incluyendo la odontología, puede implicar resultados inesperados. Yonkers Avenida dental hará todo lo posible para minimizar los resultados no previstos o no deseados.

**ANESTESICOS:** La mayoría de los procedimientos se realizan con un anestésico local (comúnmente referido como novocaína y Zyllocaine ) . En casos raros, pueden ocurrir reacciones alérgicas, por lo que se le solicita que informe a nuestro personal de la oficina de alguna alergia que pueda tener. Algunos sedantes o medicamentos para el dolor puede provocar somnolencia. Por lo tanto, cuando se utilizan estos medicamentos, lo que tendría que hacer arreglos para el transporte con otra persona.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AURTHORIZATION:** Certifico que he leído y entendido este Consentimiento Informado, que resume las consideraciones generales de tratamiento, así como los posibles problemas y complicaciones del tratamiento dental. Entiendo que las complicaciones y problemas potenciales pueden incluir, pero no se limitan a los descritos en el tratamiento y discutido conmigo. Entiendo que durante y después del tratamiento, y en el futuro, las condiciones pueden llegar a ser evidente que requiere de tratamiento adicional o alternativa pertinente para el éxito del tratamiento integral. Reconociendo los problemas y riesgos potenciales de tratamiento dental, la autorización se da para el tratamiento dental que deba prestar el personal dentista y la oficina. También apruebo ninguna modificación en el diseño materiales, o cuidado, si se considera que esto es para mi bien.

**FOTOGRAFÍA:** Autorizo al médico y / o el personal para tomar fotografías y / o videos de mi mismo o dependiente. Autorizo a éstos se utilizan para el diagnóstico, para entender y mejorar el resultado de mi caso, y / o para la demostración o comercialización al efecto en o fuera de línea a través de la publicación impresa o en medios sociales. Mi nombre será confidencial. No espero que la compensación, financiera o de otro modo, para el uso de estas fotografías.  Marque esta casilla si sólo se desea utilizar fotos / vídeo para el diagnóstico y el único tratamiento .

Firma del paciente, padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_