
[Insertar nombre del consultorio]

SECCIÓN A: Paciente.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de paciente: _____ Número de seguro social: _____

SECCIÓN B: Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad.

El suscrito, _____, reconoce haber recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad en el consultorio indicado más arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma esta autorización un representante personal a nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

SECCIÓN C: Esfuerzo de buena fe por obtener el acuse de recibo.

Describa su esfuerzo de buena fe por obtener la firma de la persona en este formulario: _____

Describa la razón por la cual la persona no firmó este formulario: _____

FIRMA.

Testifico que la información anterior es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre con letra clara: _____ Cargo: _____

Incluya este acuse de recibo en los registros del paciente.

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

bienvenido

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

NÚMERO DE PACIENTE

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Masc. Fem.
Apellido Primer nombre Inicial

Si es menor: Nombre del padre/de la madre _____

Cómo desea que se dirijan a usted _____

Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Menor

Domicilio - Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección del trabajo _____

Teléfono: Casa _____ Trab. _____

Fax _____ Núm. de teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Paciente/Padre empleado en _____

Cargo actual _____

Por cuánto tiempo _____

Nombre del cónyuge/padre _____

Cónyuge empleado en _____

Cargo actual _____

Por cuánto tiempo _____

Persona responsable de esta cuenta _____

Núm. de licencia de conducir _____

Método de pago: Seguro Efectivo Tarjeta de crédito

Propósito de la llamada _____

Otros familiares en este consultorio _____

A quién debemos agradecer esta derivación _____

Núm. de seguro social del paciente/padre _____

Núm. de seguro social del cónyuge/padre _____

Persona, que no viva con usted, a quien notificar en caso de emergencia _____

**SEGURO DENTAL
PRIMERA COBERTURA**

Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Años _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección _____

Teléfono _____

Núm. de programa o póliza _____

Número de seguro social _____

Grupo o sindicato local _____

SEGURO DENTAL SEGUNDA COBERTURA

Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Años _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección _____

Teléfono _____

Núm. de programa o póliza _____

Número de seguro social _____

Grupo o sindicato local _____

CONSENTIMIENTO:

Consiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento efectuados por el dentista y que sean necesarios para la atención dental correcta.

Acepto el uso y la divulgación de mis registros (o los registros de mi hijo) al dentista para efectuar tratamiento, obtener pago y para las actividades y operaciones de atención médica que se relacionen con el tratamiento o el pago.

Acepto la divulgación de mis registros (o los de mi hijo) a las personas siguientes que participen en mi atención (o la de mi hijo) o el pago por dicha atención.

Mi consentimiento a la divulgación de registros estará en vigencia hasta que lo revoque por escrito.

Autorizo el pago directo al dentista o grupo dental de beneficios del seguro pagaderos de otra manera a mí. Entiendo que mi aseguradora de atención dental o pagador de beneficios dentales puede pagar menos que la factura real por servicios, y que soy responsable económicamente por el pago total de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todo acuerdo previo en contrario y acepto la responsabilidad de pago por servicios no pagados por mi pagador de atención dental.

Certifico la veracidad de la información de esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL

FECHA _____

INSCRIPCIÓN

Número De Paciente

bienvenido

Nombre y Apellido del Paciente _____

Apellido _____

Nombre _____

Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____

1. Propósito de la visita _____

2. ¿Está usted consciente de algún problema? _____

3. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al dentista? _____

4. ¿Qué tratamiento se realizó en ese momento? _____

5. Nombre del dentista anterior _____

Dirección: _____ Tel. _____

6. ¿Cuándo le limpiaron los dientes en el consultorio por última vez? _____

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS. SI ES QUE NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, POR FAVOR ESCRIBE "NO LO SE", EN LA LINEA DESPUES DE LA PREGUNTA.

7. ¿Ha efectuado usted visitas con regularidad? _____ SI NO
¿Con qué frecuencia? _____

8. ¿Se tomaron radiografías dentales? _____ SI NO

9. ¿Ha perdido usted o se le ha extraído algún diente? _____ SI NO
¿Por qué? _____

10. ¿Han sido reemplazados? _____ SI NO

11. ¿Cómo han sido reemplazados? _____

a. Puente fijo _____ Antigüedad _____

b. Puente retráctil _____ Antigüedad _____

c. Dentadura postiza _____ Antigüedad _____

d. Implante _____ Antigüedad _____

12. ¿Está usted insatisfecho con el reemplazo? _____ SI NO

13. ¿Desea usted información sobre reemplazos permanentes? _____ SI NO

14. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas o complicaciones con tratamientos dentales anteriores? _____ SI NO
Si no es así, explique _____

15. ¿Suele usted rechinar o apretar los dientes? _____ SI NO

16. ¿Siente usted que su mandíbula hace ruido? _____ SI NO

17. ¿Ha sentido dolor o irritación en los músculos, en la cara o cerca del oído? _____ SI NO

18. ¿Sufre usted frecuentemente de dolor de cabeza, cuello u hombros? _____ SI NO

19. ¿Quedan partículas de comida retenidas entre sus dientes? _____ SI NO

20. ¿Son sus dientes sensibles:
 al calor al frío
 a los dulces a la presión? _____ SI NO

21. ¿Le duelen o sangran las encías? _____ SI NO
¿Cuándo? _____

22. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

23. ¿Utiliza usted el hilo dental? _____ SI NO
¿Con qué frecuencia? _____

24. ¿Tiene usted dientes flojos, torcidos o desplazados? _____ SI NO

25. ¿Está usted insatisfecho con el aspecto de sus dientes? _____ SI NO

26. ¿Cómo se siente acerca de sus dientes en general? _____ SI NO

27. ¿Siente usted que a veces tiene mal aliento? _____ SI NO

28. ¿Ha tenido usted un tratamiento u operación de encías? _____ SI NO
¿Qué tipo? _____
¿Dónde? _____
¿Cuándo? _____

29. ¿Ha tenido usted tratamiento ortodóncico? _____ SI NO

30. ¿Ha tenido usted experiencias odontología desagradables o hay algo que le desagrada de la odontología? _____

31. ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones? _____ SI NO

COMENTARIOS

[Empty box for comments]

Certifico Que La Información Anterior Es Completa Y Exacta.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____

FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES DENTALES

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____

FECHA _____

Razón principal de esta cita dental: Examen Emergencia Consulta

Historia Dental

Marque un círculo

- ¿Tiene usted un problema dental específico? Explique. _____ Sí No
¿Consulta usted con el dentista regularmente? ¿Última consulta? _____ Sí No
¿Cree usted que tiene caries o enfermedad de las encías? _____ Sí No
¿Se lava los dientes regularmente y usa hilo dental? Explique. _____ Sí No
¿Le han sangrado las encías? Explique. _____ Sí No
¿A usted le gusta su sonrisa? ¿Por qué? _____ Sí No
¿Se le atora la comida entre los dientes? Tiene dientes sueltos? _____ Sí No
¿Quiere usted salvar la dentadura que le queda? _____ Sí No
¿A veces le molesta la coyuntura mandibular? Rechina usted los dientes? _____ Sí No
¿Siempre han sido positivas sus experiencias en el consultorio del dentista? _____ Sí No
¿Fuma o mastica el tabaco? ¿Tiene llagas o tumores en la boca? Explique. _____ Sí No
Nombre de su dentista anterior. (Opcional) _____
Fecha de la última radiografía de la boca entera (16 tomas o panorámica). _____

Historia Médica

- ¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por qué? ¿Quién? _____ Tel _____ Sí No
¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? Explique. _____ Sí No
¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? Explique. _____ Sí No
¿Está tomando medicamentos, aspirina, vitamina, herbario, píldoras, o drogas? ¿Cuales? _____ Sí No
¿Está siguiendo una dieta especial? Explique. _____ Sí No
¿Tiene alergias a cualquier medicamento o sustancia? Indique abajo. _____ Sí No
[] Aspirina [] Penicilina [] Codeína [] Acrílico [] Metal [] Hule látex [] Leche [] Otro _____
MUJERES (Favor de indicar): [] Embarazada/tratando de concebir [] Lactando [] Tomando contraceptivos orales.
Explique _____ Sí No

*Si usted contesta "si" a cualquiera de las condiciones con estrella en la lista abajo, favor de llamar antes de su cita... tal vez se requiere medicamento previo.

Enfermedad cardíaca/Cuarta al corazón	[] Sí [] No	Desangramiento excesivo	[] Sí [] No	Quimioterapia	[] Sí [] No	Se suda de noche	[] Sí [] No	LLagas en la boca	[] Sí [] No
Susurro de corazón o defecto*	[] Sí [] No	Anemia de células falciformes	[] Sí [] No	Osteoporosis	[] Sí [] No	Ictericia amarilla	[] Sí [] No	Ulcera alrededor de la boca	[] Sí [] No
Palpitación irregular	[] Sí [] No	Hemofilia	[] Sí [] No	Bisfosfonatos	[] Sí [] No	Problemas con los riñones	[] Sí [] No	Herpes	[] Sí [] No
Angina de pecho	[] Sí [] No	Methemoglobinemia	[] Sí [] No	Osteonecrosis de mandíbula	[] Sí [] No	Diálisis renal	[] Sí [] No	Embolia	[] Sí [] No
Ataque cardíaco	[] Sí [] No	Leucemia	[] Sí [] No	Aredia I.V. Reclast I.V.	[] Sí [] No	Enfermedad de la tiroides	[] Sí [] No	Convulsiones	[] Sí [] No
Desorden cardíaco congénita*	[] Sí [] No	Transfusión de sangre reciente	[] Sí [] No	Zorneta I.V.	[] Sí [] No	Enfermedad paratiroidea	[] Sí [] No	Epilepsia	[] Sí [] No
Prolapso válvula mitral*	[] Sí [] No	Hinchamiento de extremidades	[] Sí [] No	Fosamax, Actonel, Boniva	[] Sí [] No	Artritis o gota	[] Sí [] No	Desmayos o vértigo	[] Sí [] No
Escarlatina	[] Sí [] No	Enfermedad pulmonar	[] Sí [] No	Enfermedad estomacal	[] Sí [] No	Reumas	[] Sí [] No	Glaucoma	[] Sí [] No
Fiebre reumática*	[] Sí [] No	Problemas con respirar	[] Sí [] No	Úlceras	[] Sí [] No	Dolor coyuntura mandibula	[] Sí [] No	Tumores	[] Sí [] No
Válvula artificial cardíaca*	[] Sí [] No	Respiración corta	[] Sí [] No	Reciente pérdida de peso	[] Sí [] No	Medicamento cortisona	[] Sí [] No	Nerviosidad	[] Sí [] No
Marcapasos cardíaco*	[] Sí [] No	Tos frecuente	[] Sí [] No	Diarrea frecuente	[] Sí [] No	Coyuntura artificial*	[] Sí [] No	Bajo cuidado de psiquiatra	[] Sí [] No
Derivación de pulmón*	[] Sí [] No	Alergia al polen	[] Sí [] No	Diabetes	[] Sí [] No	Enfermedad sexuales	[] Sí [] No	Enfermedad Alzheimer	[] Sí [] No
Alta presión sanguínea	[] Sí [] No	Sinusitis	[] Sí [] No	Sed excesiva	[] Sí [] No	SIDA	[] Sí [] No	Alergias a medicamentos	[] Sí [] No
Baja presión sanguínea	[] Sí [] No	Asma	[] Sí [] No	Hipoglucemia	[] Sí [] No	VIH positivo	[] Sí [] No	Alergias a polen o polvo	[] Sí [] No
Bacteria inflammation de corazón*	[] Sí [] No	Se escupa sangre	[] Sí [] No	Enfermedad del hígado	[] Sí [] No	Herpes genital	[] Sí [] No	Ronchas de la piel	[] Sí [] No
Fiebre no explicado	[] Sí [] No	Enfisema	[] Sí [] No	Hepatitis A (Infectuosa)	[] Sí [] No	Adicción a una(s) droga(s)	[] Sí [] No	¿Necesitar medicación antes?	[] Sí [] No
Morfonas: salen con toxicidad	[] Sí [] No	Tuberculosis	[] Sí [] No	Hepatitis B o C	[] Sí [] No	Tattoos/Penetrante de cuerpo	[] Sí [] No	¿Ha tomado Fen-phen?	[] Sí [] No
Enfermedad sanguínea	[] Sí [] No	Cáncer	[] Sí [] No	Protease inhibitor	[] Sí [] No			Cochlear implants	[] Sí [] No
Anemia	[] Sí [] No	Radiación (Rayos X)	[] Sí [] No						
Coronary stent*	[] Sí [] No								

- ¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria no indicada arriba? Explique. _____ Sí No
¿Quiere usted una consulta con el dentista en privado? _____ Sí No
Que yo sepa, todas las respuestas precedentes son verdicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejaré saber al dentista y a los representantes del consultorio.

X _____ Fecha _____
FIRMA DEL PACIENTE (padre o guardián)

Revisado por el Doctor _____ Fecha _____ BP _____ Pulso _____
Revisión de la historia y conclusiones: _____

Actualización Médica

Yo he leído mi HISTORIA MÉDICA fechada _____ y confirmo que la misma refleja precisamente mis condiciones anteriores y presentes.

FECHA	EXCEPCIONES	FIRMA DEL PACIENTE	BP	PULSO	REVISADA POR
	Ninguna []	_____	_____	_____	Dr. _____
	Ninguna []	_____	_____	_____	Dr. _____
	Ninguna []	_____	_____	_____	Dr. _____
	Ninguna []	_____	_____	_____	Dr. _____
	Ninguna []	_____	_____	_____	Dr. _____
	Ninguna []	_____	_____	_____	Dr. _____

[Insertar nombre del consultorio]

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE. CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD.

NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información de salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que describimos en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003, y continuará vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dicha ley aplicable permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer ningún cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible a pedido.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos la información de salud acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos utilizar su información de salud para tratamiento o divulgarla a un dentista, médico u otro especialista médico que le dé tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted. También podemos divulgar su información de salud a otro proveedor o entidad de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad en cuanto a sus pagos.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información de salud para sus operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejoría, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud, evaluación de practicantes y desempeño de proveedores, programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades para obtener credenciales. Podemos divulgar su información de salud a otro proveedor u organización de atención médica que esté sujeto a las reglas federales de privacidad y que tenga una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones de atención médica. Podemos divulgar su información para ayudar a estas organizaciones a realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejorías, evaluar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, o a detectar o prevenir el fraude y abuso en lo que respecta a la salud.

Acerca de su autorización: Puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquiera para algún fin. Si no entrega una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgación que permita su autorización mientras esté vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

A su familia y amigos: Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención. Antes de divulgar su información de salud a estas personas, le daremos la oportunidad de objetar al uso o a la divulgación. Si no está presente, o en caso de que tenga una incapacidad o emergencia, divulgaremos su información de salud basándonos en nuestro juicio profesional o en que la divulgación sea lo que más le convenga a usted. Podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de lo que más le conviene al permitir a una persona recoger medicamentos recetados, suministros médicos, radiografías u otros artículos con información de salud. Podemos usar o divulgar información acerca de usted para notificar o asistir en la notificación de una persona que participe en su atención, de su ubicación y estado general.

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

Recuperación de desastres: Podemos usar o divulgar su información de salud a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos a asistir en labores de recuperación de desastres.

Beneficio público: Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los fines siguientes considerados de interés o beneficio público:

- según lo exija la ley;
- para actividades de salud pública, incluidos informes de enfermedades y estadísticas vitales, informes de abuso infantil, supervisión de la FDA y a empleadores en lo que respecta a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo;
- para informar abuso de un adulto, negligencia o maltrato doméstico;

- a agencias supervisoras de la salud;
- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;
- a oficiales de policía en cuanto a citaciones judiciales y otros procesos legales, referentes a víctimas de delitos, muertes sospechosas, crímenes en nuestro recinto, informar crímenes en emergencias, y para fines de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
- a investigadores, médicos forenses y agentes funerarios;
- a organizaciones de consecución de órganos;
- para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad,
- en relación con ciertas actividades de investigación;
- a las fuerzas armadas y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;
- a instituciones correccionales en cuanto a reos; y
- según lo autoricen las leyes de compensación de trabajadores del estado.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede pedirnos que le entreguemos copias en otros formatos, no solamente fotocopias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo en forma práctica. Puede pedir por escrito obtener acceso a su información de salud. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si pide copias, le cobraremos un costo razonable que puede incluir mano de obra, costos de copias y franqueo. Si pide un formato alternativo, le cobraremos un costo por darle información de salud en ese formato. Si lo prefiere, podemos preparar, aunque no estamos obligados a hacerlo, un resumen o una explicación de su información de salud con un cargo. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso para recibir más información sobre los cobros.

Divulgaciones efectuadas: Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en que nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud en los últimos 6 años (pero no antes del 14 de abril de 2003). Dicha lista no incluirá divulgaciones para pago de tratamientos, operaciones de atención médica; según lo autorice usted, y para ciertas otras actividades. Si solicita estos datos más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un costo razonable por responder a estas solicitudes adicionales. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final del aviso para recibir más información sobre los cobros.

Restricción: Usted tiene derecho a pedir que coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No se nos exige aceptar estas restricciones adicionales, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (salvo en caso de emergencia). Todo acuerdo que aceptemos de restricciones adicionales debe estar por escrito y firmado por una persona autorizada para validar este acuerdo en nuestra representación. Su solicitud no es obligatoria a menos que nuestro acuerdo sea por escrito.

Otros tipos de comunicación: Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otros lugares. Debe hacer su petición por escrito. Debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a cómo pagará por estos otros medios o la otra ubicación que pide.

Enmienda: Tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos enmendar la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso.

Si cree que:

- podemos haber violado sus derechos de privacidad,
- tomamos una decisión sobre el acceso a su información de salud incorrectamente,
- nuestra respuesta a una petición que hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud fue incorrecta, o
- debemos comunicarnos con usted por otros medios o en otros lugares,

puede dirigirse a nosotros usando la información indicada más abajo. Puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Le daremos la dirección donde presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services) si la solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Contacto de la oficina del proveedor: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____