

FECHA
EXPEDIENTE N°

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO				FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F
SSN	LICENCIA/IDENTIFICACIÓN (ESCOGE UNA OPCIÓN) LICENCIA DE MANEJAR IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO IDENTIFICACIÓN DE FEDERAL PASAPORTE OTRO				NÚMERO DE LICENCIA/IDENTIFICACIÓN		ESTADO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE SU CASA	CELULAR	TELÉFONO DE SU TRABAJO	IDIOMA QUE PREFIERE USAR			SE NIEGA A ESPECIFICAR
DIRECCION DE CASA		NÚMERO DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
EMPLEADOR			PUESTO			CUANTO TIEMPO AÑO MES	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE** (SI USTED ES RESPONSABLE NO LLENE ESTA SECCIÓN)

PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO				FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F	RELACIÓN DEL PACIENTE YO MISMO ESPOSO (A) OTRO PADRE /MADRE	
SSN	LICENCIA/IDENTIFICACIÓN (ESCOGE UNA OPCIÓN) LICENCIA DE MANEJAR IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO IDENTIFICACIÓN DE FEDERAL PASAPORTE OTRO				NÚMERO DE LICENCIA/IDENTIFICACIÓN		ESTADO		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE SU CASA	CELULAR	TELÉFONO DE SU TRABAJO	IDIOMA QUE PREFIERE USAR			SE NIEGA A ESPECIFICAR		
DIRECCION DE CASA		NÚMERO DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL				
EMPLEADOR			PUESTO			CUANTO TIEMPO AÑO MES			
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL				

**CONTACTOS DEL MÉDICO: DENTISTA ACTUAL**

NOMBRE DEL DENTISTA			TELÉFONO DEL DENTISTA				
DIRECCIÓN DEL DENTISTA			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		

**CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA**

PRIMER CONTACTO: NOMBRE	APELLIDO			RELACIÓN DEL PACIENTE			
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE SU CASA	CELULAR	TELÉFONO DE SU TRABAJO				
SEGUNDO CONTACTO: NOMBRE	APELLIDO			RELACIÓN DEL PACIENTE			
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE SU CASA	CELULAR	TELÉFONO DE SU TRABAJO				

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO**

TARJETA DE SEGURO PROVEÍDA

PRIMER NOMBRE DEL ASEGURADO		APELLIDO					
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO YO MISMO ESPOSO (A) OTRO PADRE /MADRE					
DIRECCION DE CASA				NÚMERO DE APARTAMENTO			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	SSN DEL ASEGURADO				
EMPLEADOR			TELÉFONO DE EMPLEADOR				
COMPAÑÍA DE SEGUROS			TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				
N° DE GRUPO		N° DE PÓLIZA					
EFFECTIVO DEL SEGURO	NOMBRE Y NÚMERO DEL SINDICATO LOCA						

**INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO**

TARJETA DE SEGURO PROVEÍDA

PRIMER NOMBRE DEL ASEGURADO		APELLIDO					
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO YO MISMO ESPOSO (A) OTRO PADRE /MADRE					
DIRECCION DE CASA				NÚMERO DE APARTAMENTO			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	SSN DEL ASEGURADO				
EMPLEADOR			TELÉFONO DE EMPLEADOR				
COMPAÑÍA DE SEGUROS			TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				
N° DE GRUPO		N° DE PÓLIZA					
EFFECTIVO DEL SEGURO	NOMBRE Y NÚMERO DEL SINDICATO LOCA						

INICIALES DEL PACIENTE	INICIALES DE LA PARTE RESPONSABLE
------------------------	-----------------------------------

FECHA
EXPEDIENTE N°

INICIALES

**Responsabilidad financiera:** Comprendo que los pagos por los servicios se deben realizar cuando sea debido y que si no se realiza algún pago a tiempo, es posible que esté sujeto a cargos por demora. Además, entiendo que, si he autorizado débitos a mi cuenta y si mi banco no acepta un débito, incurriré un cargo de servicio por cada débito deshonorado. Solicito que todos mis beneficios, si los hay, u otros montos que de otra manera me serían pagados a mí o a mi nombre por los servicios prestados, se le paguen directamente al proveedor de los servicios. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por obtener servicios, ya sea que los pague o no el seguro. Autorizo al proveedor de los servicios a divulgar toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad para el seguro y para obtener el pago de los beneficios.

INICIALES

**Verificación de información:** La información que aquí se proporciona es verdadera y está completa según mi leal saber y entender. Autorizo a Kelley Dunay, DMD, P.C. ("WD"), o a cualquiera que actúe en su nombre, para que obtenga, revise o comparta con sus agentes de seguros designados o con cualquier beneficiario de mi cuenta, el informe de mi crédito con el propósito de evaluar mi crédito y verificar mi identidad, o para actualizar, renovar, atender, modificar o cobrar mi cuenta. Esta autorización es válida siempre y cuando se adeude a mi cuenta cualquier monto a WD o a cualquier cesionario de mi cuenta. Reconozco que WD puede dar información sobre mi cuenta a agencias de presentación de informes de los consumidores y otras personas que puedan recibir legalmente dicha información. Los pagos tardíos, pagos omitidos u otros incumplimientos en mi cuenta se pueden reflejar en mi informe de crédito.

INICIALES

**Consentimiento expreso previo para las llamadas/mensajes de texto/correo electrónico:** Al proporcionar el número de mi línea fija, teléfono celular u otro aparato inalámbrico y mi dirección de correo electrónico ahora o en el futuro, doy mi consentimiento expreso y acepto que WD y cualquiera de sus afiliadas, agentes de seguros, proveedores de servicio o cesionarios pueden llamarme usando un sistema de discado telefónico automático o de otra manera, dejarme un mensaje de voz, pregrabado o un mensaje de voz artificial, o bien, enviarme un mensaje de texto, correo electrónico u otro mensaje electrónico para cualquier propósito relacionado con atender o cobrar cualquier cuenta que yo pueda establecer con WD, o para cualquier otro propósito de información relacionado con mi cuenta o tratamiento ("Comunicación"). También estoy de acuerdo en que WD y cualquiera de sus afiliadas, agentes de seguros, proveedores de servicio o cesionarios pueden incluir mi información personal en una Comunicación. WD no cobrará por ninguna Comunicación, pero es posible que mi proveedor del servicio sí lo haga. Acepto que WD puede monitorear y grabar cualquier llamada telefónica para garantizar la calidad de su servicio o por otras razones.

INICIALES

**Cargo por incumplimiento de cita:** Comprendo que es importante asistir a mis citas programadas y que si pierdo una cita sin notificación previa, es posible que esté sujeto a un cargo por incumplimiento de cita.

WD usará los expedientes médicos electrónicos, incluso su fotografía para conservar su información de atención médica. WD está comprometida con mantener la privacidad y la confidencialidad de la información médica del paciente en cumplimiento con Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), y solo usará su fotografía para fines de identificación interna.

Usted puede, en cualquier momento, retirar este consentimiento mediante un aviso escrito a WD.

INICIALES

**Sí.** Estoy de acuerdo en que se me tome una fotografía y se almacene en el sistema de expedientes médicos electrónicos de WDS. Entiendo que al marcar "Sí" y firmar a continuación, estoy otorgando a WD la autorización para tomar y usar mi fotografía en su sistema de expedientes médicos electrónicos con fines de identificación.

INICIALES

**No.** No deseo que me tomen una fotografía y que se almacene en el sistema de expedientes médicos electrónicos de WDS.

Al firmar a continuación, reconozco que leí, entiendo plenamente y acepto quedar obligado por este consentimiento.

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

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

# HISTORIA DE SALUD

Nombre del paciente

Inicial Apellido

F. Nacimiento

Sexo

Masculino

Femenino

## PREGUNTAS DE SALUD

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operaciones u hospitalización? Sí No

2. ¿Esta actualmente bajo el cuidado de un medico? Sí No

Nombre, direccion y # telefono del doctor

### ¿Tiene usted o tenia alguna vez alguno de los siguientes?

#### Salud cardiovascular

3. Alta presión sanguínea Sí No  
4. Angina o un ataque de corazón Sí No  
5. Dolor en el pecho debido a esfuerzo Sí No  
6. Bloqueo Cardíaco o tratamiento (bypass coronario, stent, etc.) Sí No  
7. Problema valvular o reemplazo Sí No  
8. Soplo de corazón Sí No  
9. Enfermedad cardíaca, problema o tratamiento Sí No  
10. Fiebre reumática Sí No  
11. Uso de Fen-Phen en el pasado Sí No  
12. Latidos cardíacos irregulares o un marcapasos Sí No  
13. Dificultad para respirar al acostarse Sí No  
14. Infarto Sí No  
15. Presión arterial baja Sí No

#### Salud respiratoria

16. Asma Sí No  
17. Enfisema o problemas respiratorios Sí No  
18. Sinusitis crónica Sí No  
19. Tuberculosis o tos persistente Sí No

#### Sistema endocrino

20. Diabetes Sí No  
21. Tiene sed u orina frecuentemente Sí No  
22. Problemas de tiroides Sí No  
23. Sangrado anormal o le salen moretones Sí No  
24. Hemophilia Sí No  
25. Enfermedad sanguínea/anemia Sí No  
26. Cancer Sí No  
27. Tratamiento de quimioterapia/radiación Sí No  
28. VIH/SIDA Sí No  
29. Herpes Sí No  
30. Trasplante de órganos Sí No  
31. Transfusión de Sangre Sí No

#### Medicamentos

60. ¿Esta tomando algun medicamento con prescripción, de venta libre o hierbas medicinales? Sí No

Por favor enumere la dosis tomada:

61. ¿Usa o a usado medicamentos bifosfonatos (Fosamax, Actonel, Boniva, Skelid, Didronel, Aredia, Zometa o Bonefos)? Sí No

#### Social

62. ¿Usa tabaco? Sí No Cantidad Por Dia  
63. ¿Usa alcohol? Sí No Cantidad OPor Dia 0 Por Semana  
64. ¿Usa drogas recreativas? Sí No Cantidad Por Dia

65. ¿Tiene cualquier otra condición medica que no a mencionado? Sí No

Por favor liste:

Por medio de la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He estipulado todos los problemas médicos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se le tomen radiografías y se le examine.

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del DENTISTA \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ACTUALIZAR** ¿Ha habido algún cambio en su salud, incluyendo los medicamentos que toma, desde la última que completo este formulario?  Sí  No

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del DENTISTA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE ARBITRAJE RENUNCIA AL DERECHO DE JUICIO POR JURADO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Historia clínica n.º: \_\_\_\_\_ Ubicación del consultorio: \_\_\_\_\_

**Artículo 1: Acuerdo para arbitrar la mala praxis médica y otras disputas:** Se entiende que toda disputa relacionada con la mala praxis médica, es decir, si algún servicio médico que se brindó según lo estipulado en este contrato fue innecesario o no autorizado o se brindó de manera inapropiada, negligente o incompetente, se determinará al someterla a arbitraje conforme a la ley de Nevada y no por una demanda judicial o por acudir a un proceso judicial, excepto como lo establece la ley de Nevada para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. **Ambas partes de este Contrato, al firmarlo, están renunciando a su derecho constitucional de resolver dicha disputa en un tribunal de justicia, ante un jurado y, en cambio, están aceptando el uso del arbitraje.**

Además, se entiende que toda disputa relacionada, o que surja de cualquier cargo, facturación, pago, financiamiento, cobro de deudas, promoción y/o publicidad relacionado(s) con cualquier servicio médico o dental que ofrece Western, será resuelta al someterla a arbitraje como lo establecen y de conformidad con los términos descritos en el presente acuerdo.

**Artículo 2: Todos los reclamos deben ser arbitrados:** La intención y el acuerdo de las partes es que este acuerdo de arbitraje deberá cubrir todos los reclamos o controversias relacionados con los asuntos descritos anteriormente en el Artículo 1, excepto los reclamos dentro de la jurisdicción del Tribunal de justicia de Nevada (tribunal de reclamos menores), ya sea con agravio (intencional o negligente), contrato, o de otra manera, que incluye pero no se limita a demandas relacionadas con los asuntos descritos en el Artículo 1 y que también involucran reclamos por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, discriminación, estrés emocional o daños punitivos. Conforme a los términos de este contrato, el arbitraje deberá vincular a todas las partes cuyo reclamo descrito en el Artículo 1 pueda surgir o pueda, de alguna manera, relacionarse con el tratamiento o con los servicios brindados o no brindados por Kelley Dunay, D.M.D., P.C. dba Western Dental y / o Western Dental of Nevada y / o Western Dental of Nevada, LLC (en forma colectiva, "Western"), o por cualquier empleado o agente o proveedor de Western, incluido cualquier cónyuge o heredero del Paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o no nacido, en el momento en que el suceso dé lugar a cualquier reclamo. El abajo firmante entiende y está de acuerdo con que, si el abajo firmante firma este Contrato en nombre de alguna persona por la que tiene responsabilidad, entonces, además del abajo firmante, dichas personas también quedan obligadas junto con cualquier persona que pueda tener un reclamo que surja del tratamiento o de los servicios brindados a esa persona.

La referencia a Western incluye a Kelley Dunay, D.M.D., P.C., Western Dental of Nevada, LLC, y sus respectivos empleados, agentes y proveedores.

**Artículo 3: Renuncia a la demanda colectiva:** Las partes tienen la intención y acuerdan que cualquier arbitraje que se presente conforme a este acuerdo deberá realizarse de manera individual, y no a nivel grupal, colectivo o representativo. No habrá ningún derecho o autoridad para que cualquier disputa se presente, escuche o arbitre como una demanda grupal, colectiva o representativa, o como miembro en cualquier supuesto procedimiento grupal, colectivo o representativo ("Renuncia a la demanda colectiva"). Las disputas respecto a la validez y exigibilidad de la Renuncia a la demanda colectiva pueden ser resueltas únicamente por un tribunal civil con jurisdicción competente y no por un árbitro. En cualquier caso en que (1) la disputa se presente como demanda grupal, colectiva o representativa y (2) un tribunal civil con jurisdicción competente encuentre inexigible toda, o parte de la Renuncia a la demanda grupal, colectiva y/o representativa, en esa medida, debe ser litigada en un tribunal civil de jurisdicción competente, pero la parte de la Renuncia a la demanda colectiva que es exigible se exigirá en el arbitraje.

**Artículo 4: Procedimientos y ley aplicable:** El Paciente deberá iniciar el arbitraje al notificar una Demanda por arbitraje a Western y a cada demandado. El reclamo deberá enviarse por correo postal de los EE. UU. con franqueo prepago a: Kelley Dunay, D.M.D., P.O. Box 14025, Orange, CA 92863- 1025, Atención: Departamento Legal. Una demanda por arbitraje debe ser comunicada por escrito a todas las partes, identificar a cada demandado, describir el reclamo contra cada parte y el importe que se exige por los daños y perjuicios y los nombres, direcciones y números de teléfono del Paciente y de su abogado. El Paciente y Western están de acuerdo en que todo arbitraje descrito en el presente acuerdo será conducido por un único árbitro neutral seleccionado por las partes y será resuelto mediante las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje que se encuentren vigentes al momento en que se cumplan los requisitos para una demanda por arbitraje (ubicadas en <https://www.adr.org/>). (El arbitraje, sin embargo, no deberá ser conducido por la Asociación Americana de Arbitraje, sino por una agencia de arbitraje seleccionada de común acuerdo por las partes). El Paciente deberá proseguir sus reclamos con diligencia razonable, y el arbitraje deberá estar regido conforme al Estatuto Revisado de Nevada §§ 38.206 *et seq.* y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C. §§ 1- 9) vigente). Las partes deberán pagar sus propios costos, honorarios y gastos junto con una parte prorrateada de los honorarios y gastos del árbitro.

**Artículo 5: Efecto retroactivo:** El Paciente tiene la intención de que este Contrato cubra los servicios brindados por Western, no solo luego de la fecha en la que fue firmado (que incluye, pero no se limita a, tratamiento de emergencia), sino también, antes de la fecha en la que fue firmado.

**Artículo 6: Separabilidad:** Si alguna disposición del presente Contrato se declara inválida o inexigible, las disposiciones restantes deberán permanecer en plena vigencia y no serán afectadas por la invalidez de otra disposición.

Comprendo que el presente Contrato es voluntario y que, si lo firmo, solo puedo rescindirlo por notificación escrita que debe ser entregada y recibida por Western en la dirección especificada en el Artículo 4, dentro de los 30 días de la firma.

Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia del presente Contrato. Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y que comprendo el Contrato, estoy de acuerdo con sus términos y he recibido una copia.

**AVISO: AL FIRMAR EL PRESENTE CONTRATO, USTED ESTÁ DE ACUERDO EN QUE CUALQUIER PROBLEMA DE MALA PRAXIS Y CUALQUIER PROBLEMA DESCRITO EN EL ARTÍCULO 1, SERÁ RESUELTO POR UN ARBITRAJE NEUTRAL Y QUE RENUNCIA A SU DERECHO A UN JURADO O A JUICIO EN TRIBUNAL. CONSULTE EL ARTÍCULO 1 DEL PRESENTE CONTRATO.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente, padre, tutor o representante legal del paciente)

Fecha de firma: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

#### ACUERDO DE ARBITRAJE DE WESTERN

En consideración de los acuerdos anteriores estipulados según lo dispuesto en el presente Contrato, Western también acepta estar sujeto a los términos establecidos en este Contrato y a las reglas especificadas en el Artículo 4 anteriormente mencionado.

\_\_\_\_\_  
Redactado por el empleado de Western

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

Fecha de firma: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

**Una copia firmada del presente documento debe entregarse al Paciente. El documento original debe archivar en la historia clínica dental del Paciente.**

## **AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Estado de Nevada)**

**ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN.**

**El presente Aviso se aplica a la información y a los registros que tenemos en nuestro poder relacionados con su salud, su condición médica y los servicios y cuidados que recibe en este consultorio. Las leyes estatales y federales vigentes nos exigen que aseguremos la privacidad de su información médica. También se nos exige que le entreguemos este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y los derechos que usted tiene con respecto a la información sobre su salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras se mantenga vigente. El presente Aviso entra en vigencia el 1º de septiembre de 2013 y será válido hasta que lo modifiquemos o lo reemplacemos con otro.**

Si tiene alguna pregunta con respecto a este Aviso, o desea presentar una queja o comunicarse con el Funcionario de Privacidad de Western para cumplir con alguna disposición de este Aviso, diríjase al Funcionario de Privacidad de Western a: Western's Privacy Officer, C/o Western Dental Services of Nevada, Inc., P.O. Box 14227, Orange, CA 92863, teléfono: (800) 417-4444. La dirección de correo electrónico es: [PrivacyOfficer@WesternDental.com](mailto:PrivacyOfficer@WesternDental.com)

Las organizaciones cubiertas por este Aviso Conjunto:

Western Dental of Nevada LLC.  
Kelley Dunay, D.M.D., P.C.

### **DE QUÉ MANERA PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Para el Tratamiento** - Podemos usar y divulgar la información sobre su salud para brindarle servicios o tratamiento médico. También podemos divulgar información relacionada con su salud a otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado.

Por ejemplo, si su doctor le está extrayendo una pieza dental, es posible que necesite saber si usted tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historia clínica para decidir cuál es el tratamiento más apropiado para usted. También puede informar a otro médico sobre su condición para que éste pueda ayudarlo a determinar el tratamiento más adecuado para usted.

**Para el pago** - Podemos usar y divulgar información sobre su salud para obtener pago por los servicios médicos que nosotros u otras personas le brinden. Por ejemplo, tal vez

necesitemos entregar a su plan médico información sobre un servicio que usted recibió aquí, para que el plan médico nos pague a nosotros o le reembolse a usted por dicho servicio. También podemos informar a su plan médico sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa, o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Para las operaciones de atención médica** - Podemos usar y divulgar información médica sobre usted como parte de nuestra administración interna y para asegurarnos de que tanto usted como los demás pacientes reciban servicios de calidad. Por ejemplo, podemos emplear la información sobre su salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brindan. También podemos usar la información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo aumentar nuestra eficiencia o para determinar si ciertos tratamientos nuevos son eficaces o no.

**Recordatorio de que tiene una cita y de que es tiempo de volver a surtir un medicamento; información sobre las recetas médicas** - Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo, email o alguna otra forma de comunicación para recordarle que tiene una cita para seguir un tratamiento o recibir atención médica en el consultorio. También podemos recordarle que debe renovar una receta médica o comunicarle sobre un fármaco o medicamento procesado biológicamente que se le ha recetado actualmente, siempre y cuando el pago que recibamos por realizar dicha comunicación esté razonablemente ligado a nuestro costo de realizar dicha comunicación.

**Alternativas de tratamiento** - Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo, email o alguna otra forma de comunicación para darle información o recomendarle algunas opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

**Productos y servicios relacionados con la salud** - Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo, email o alguna otra forma de comunicación para informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

**Encuestas** - Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo, email o alguna otra forma de comunicación para pedirle que participe en encuestas de satisfacción de los pacientes, o brindarle alguna otra forma de comunicación para evaluar la calidad de nuestros servicios e identificar las áreas que necesitan mejorarse.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

Podemos usar o divulgar su información médica sin su permiso para los propósitos que se mencionan a continuación, sujeto a todos los requisitos y limitaciones legales que correspondan:

**Para evitar un grave peligro a la salud o seguridad** - Podemos usar y dar a conocer su información médica cuando sea necesario, a fin de evitar o reducir una grave amenaza a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

**Cuando lo exija la ley** - Daremos a conocer su información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, Western Dental puede divulgar información para los siguientes fines:

- Para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con las autoridades legales;
- Para dar a conocer información referida a una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica; y
- Para colaborar con los funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes, en el desempeño de dichas funciones.

**Investigación** - Podemos usar y dar a conocer su información médica para proyectos de investigación si recibimos la aprobación especial de una junta de privacidad o de la junta de revisión institucional. En ciertas circunstancias, su información médica también puede divulgarse sin su permiso a los investigadores que se estén preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación, para investigar sobre personas difuntas, o como parte de una base de datos en la que se omita su nombre y cualquier otra información que pudiera identificarlo en forma directa.

**Donación de órganos y tejido** - Si usted es un donante de órganos, podemos revelar información sobre su salud a las organizaciones que se dedican a la obtención de órganos o los trasplantes de órganos, ojos o tejido, o a un banco de donación de órganos, según resulte necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

**Asuntos militares, de veteranos, inteligencia y seguridad nacional** - Podemos usar y divulgar su información médica a unidades del gobierno con funciones especiales, tales como la fuerzas armadas de los Estados Unidos o el Departamento de Estado de los Estados Unidos en ciertas circunstancias especificadas por ley.

**Compensación al trabajador (indemnización laboral)** - Podemos divulgar su información médica a fin de cumplir con las leyes y los reglamentos referidos a los programas de compensación al trabajador u otros programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos a la salud pública** - Podemos divulgar su información médica por razones de salud pública para evitar o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; o informar acerca de nacimientos, defunciones, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a los medicamentos o problemas con ciertos productos.

**Actividades de supervisión de la salud** - Podemos dar a conocer la información sobre su salud a una agencia de supervisión sanitaria. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales a fin de controlar el sistema de atención de salud, los programas de gobierno y el cumplimiento de las leyes correspondientes.

**Juicios y disputas** - Si usted estuviera involucrado en algún juicio o disputa, podemos revelar su información médica en respuesta a una orden judicial o



administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales correspondientes, también podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación u otros procesos legales.

**Ejecución de las leyes** - Podemos divulgar información médica si así lo requiriera un oficial encargado de la ejecución de las leyes en respuesta a una orden judicial, citación, edicto, mandato judicial o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales que correspondan.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias** - Podemos divulgar la información relacionada con su salud a un médico forense o examinador médico, para permitirles llevar a cabo sus obligaciones legales. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte.

**Información que no sea personalmente identificable** - Podemos usar o dar a conocer su información médica de tal manera que su identidad personal no salga a la luz o sin revelar quién es usted.

**Familiares y amigos** - Podemos revelar su información médica a los miembros de su familia o a sus amigos si obtenemos su consentimiento verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y usted no presenta ninguna objeción. También podemos dar a conocer su información médica a sus familiares o amigos si se puede deducir que usted no se opondría, basándonos en las circunstancias y en nuestro criterio profesional. Por ejemplo, podemos suponer que usted está de acuerdo con que revelemos su información médica personal a su cónyuge si usted viene acompañado por dicho cónyuge a la sala donde se lo examina, o si dicho cónyuge está presente durante el tratamiento o mientras se habla sobre el tratamiento. En aquellas situaciones en las que usted sea incapaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o por una emergencia médica), recurriendo a nuestro criterio profesional, podemos determinar que la mejor manera de proteger sus intereses es suministrando la información a un miembro de su familia o amigo.

En dicha situación, sólo daremos a conocer la información de salud que sea relevante para la participación de esa persona en su cuidado. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque cardíaco y mantenerla informada sobre su progreso y pronóstico. También velando por sus intereses, podemos aplicar nuestro criterio profesional y experiencia para hacer suposiciones razonables, a fin de permitir que otra persona actúe en su lugar, para retirar, por ejemplo, medicamentos recetados, insumos médicos, o radiografías.

## **OTROS USOS Y TIPOS DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**Publicidad** - Excepto por la información de publicidad (marketing) que se da en un encuentro cara a cara, o algún obsequio promocional de un mínimo valor,

debemos obtener su autorización por escrito antes de usar su información médica para propósitos que se consideran promocionales según la ley federal de privacidad de la información médica, conocida comúnmente como HIPAA. Por ejemplo, no aceptaremos ningún pago de otras organizaciones ni otras personas como intercambio por enviarle a usted comunicaciones sobre tratamientos, terapias, proveedores de atención médica, lugares donde se obtienen cuidados, manejo de casos, coordinación de cuidados, productos o servicios a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo o que dicha comunicación esté permitida por ley.

**Venta de información médica** - No haremos ninguna divulgación de su información médica que se considere una venta de información médica de acuerdo con HIPAA, sin su autorización por escrito.

**Información médica sensible** – Existen protecciones especiales de privacidad de acuerdo con las leyes federales y estatales para cierta información sensible de salud, como información sobre el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, información sobre el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, en inglés) e información de salud mental (tales como notas de psicoterapia). No divulgaremos su información médica sensible sin su autorización por escrito a menos que esto se permita o se exija por ley.

**Su autorización por escrito** - No usaremos ni divulgaremos información sobre su salud para ningún otro propósito que no sean los que ya se han identificado en las secciones anteriores, sin su *Autorización* específica por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar su información médica, usted puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si la revoca, ya no usaremos ni divulgaremos la información sobre usted, en respuesta a las razones expuestas en dicha *Autorización* escrita, aunque no podemos retractarnos de los usos o divulgaciones que ya hayamos hecho con su permiso.

## **SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted goza de los siguientes derechos con respecto a su información médica que tenemos en nuestro poder:

**Derecho a inspección y copia** - Tiene derecho a revisar y copiar la información sobre su salud —como por ejemplo, la historia clínica y las facturas— que usamos para tomar decisiones relacionadas con la atención que le brindamos. Debe presentar un pedido por escrito al Oficial de Privacidad de Western para inspeccionar y/o copiar su información médica. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle un cargo por los costos de copiado, envío por correo u otros servicios relacionados con su pedido.

**Derecho a enmiendas** - Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene

derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información se encuentre archivada en este consultorio. Para solicitar una enmienda, complete y entregue una Forma (o Formulario) de Enmienda /Corrección de Ficha Dental al Oficial de Privacidad de Western. Podemos rechazar su pedido de enmienda si no se hizo por escrito o si no incluye una razón que lo justifique. Además, podemos negarnos a su pedido si nos solicita que enmendemos información que:

- a) No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar dicha enmienda.
- b) No forma parte de la información sobre su salud que tenemos en nuestro poder.
- c) Usted no está autorizado a inspeccionar y copiar.
- d) Sea correcta y completa.

**Derecho a un detalle de la información suministrada** - Tiene derecho a solicitar un "detalle de la información suministrada". Se trata de una lista de todos los datos médicos sobre usted que hayamos divulgado por motivos ajenos al tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con su atención médica. Para obtener esta lista, debe presentar su pedido por escrito al Oficial de Privacidad de Western. Esta lista debe indicar el período en cuestión, que no puede ser más prolongado que seis años y tampoco puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su pedido debe indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, en forma impresa o por algún medio electrónico). Nosotros podemos cobrarle los costos asociados con proveerle la lista. Le notificaremos cuál es dicho costo y usted puede retirar o modificar su pedido en ese momento, antes de incurrir en ningún gasto.

**Derecho a solicitar restricciones** - Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o revelamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones relacionadas con su atención médica. También tiene derecho a pedir un límite sobre la información de salud que divulguemos sobre usted a una persona que participe en su atención o en el pago de dichos servicios, como por ejemplo, un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía a la que se haya sometido.

**No tenemos obligación de acceder a su pedido** - Aunque consideraremos con cuidado todos los pedidos de restricciones adicionales, no tenemos la obligación de aceptar una restricción que usted nos solicite, a menos que se trate de una restricción a un plan de salud para propósitos relacionados con el pago o con operaciones de atención médica, y que la información que usted desea que no se divulgue al plan de salud tenga que ver únicamente con un aspecto o servicio de atención médica que usted pagó de su propio bolsillo. Si acordamos hacer esto, cumpliremos con lo que nos solicita, a menos que la información sea necesaria para suministrarle un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, puede completar y entregar el *Pedido de restricción sobre el uso/divulgación de información médica* al Oficial de Privacidad de Western.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales** - Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de cierta manera en particular o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted sólo en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y entregar el *Pedido de restricción sobre el uso/divulgación de información médica y/o comunicación confidencial* al Oficial de Privacidad de Western. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Accederemos a todos los pedidos razonables. Su pedido debe especificar cómo o dónde quiere que nos comuniquemos con usted.

**Derecho a ser notificado si se ha violado su información** – Tiene derecho a que nosotros le avisemos si descubrimos que se ha violado su información médica protegida no asegurada.

**Derecho a recibir una copia impresa de este aviso** – Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso electrónicamente, de todos modos tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Las copias de este aviso están disponibles en las oficinas de Western, o puede obtener una copia en nuestra página en Internet: [www.westerndental.com](http://www.westerndental.com).

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer que el aviso corregido o modificado tenga vigencia con respecto a la información médica que ya tengamos en nuestro poder sobre usted, como así también a toda información que recibamos en el futuro. Publicaremos un resumen del aviso actual en el consultorio, con su fecha de vigencia en el ángulo superior derecho, y le enviaremos una copia del mismo por correo.

### **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestro consultorio o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestro consultorio, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Western. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

# INTERNATIONAL COMMUNICATIONS GROUP, INC.

27881 Via De Costa, Suite B, San Juan Capistrano, CA 92675

TEL: (949) 443-5300 x214 • FAX: (951) 281-4515

E-Mail: [info@icgigroup.com](mailto:info@icgigroup.com)

[www.icgigroup.com](http://www.icgigroup.com)

[www.spanishtranslationscom.com](http://www.spanishtranslationscom.com)

---

## TRANSLATION CERTIFICATION August 23, 2013

**I hereby declare that to the best of my knowledge and belief, the foregoing document is a true, accurate and complete translation of the document in English entitled: “Joint Privacy Notice (State of Nevada)”, requested by Western Dental.**

This translation was performed by a team of competent English-Spanish professional translators, and ultimately reviewed and approved by me, *Monica Moreno*, Certified Translator with a 4-year degree in Certified English-Spanish Translations from the Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina, a school recognized and approved by the *American Translators Association*, the Official Body of Translators Certification in the United States.

Also, I have over 20 years of working experience in the field of written translations, in my capacity as President of International Communications Group, Inc.

In addition, I hold a Master’s Degree in Human Resources and Organization Development from the University of San Francisco, U.S.A.



Monica Moreno  
International Communications Group, Inc. (ICGI)  
(949) 443-5300, extension 214  
Fax (951) 281-4515  
[moreno@icgigroup.com](mailto:moreno@icgigroup.com)