BIENVENIDO AL REGISTRO DE PACIENTE E HISTORIAL DE SALUD DE COMFORT DENTAL

Todos los consultorios de Comfort Dental son propiedad y operados por franquicias de dentistas independientes de Comfort Dental Group, Inc. Las preguntas o comentarios sobre este consultorio deben dirigirse a los dentistas de esta práctica. Comfort Dental Group, Inc. no es propietario ni opera ningún consultorio dental.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

ESCRIBA CLARAMENTE, POR FAVOR

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____ CELULAR: _____ TEL. DE CASA: _____

GÉNERO:

◯ MASCULINO ◯ FEMENINO ◯ OTRO

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

FECHA DE NAC.: _____ EDAD: _____ LICENCIA #: _____ SS#: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN: _____ TIEMPO: _____ TEL. TRABAJO: _____

FECHA DE NAC. (HIJO/A): _____ EDAD: _____ ESCUELA: _____ CIUDAD: _____ GRADO: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

ESCRIBA CLARAMENTE, POR FAVOR

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____ CELULAR: _____ TEL. DE CASA: _____

GÉNERO:

◯ MASCULINO ◯ FEMENINO ◯ OTRO

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

FECHA DE NAC.: _____ EDAD: _____ LICENCIA #: _____ SS#: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN: _____ TIEMPO: _____ TEL. TRABAJO: _____

Comfort dental

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DENTAL

APELLIDO DEL SUSCRIPTOR: NOMBRE: INICIAL: FECHA DE NAC.: SS#:

NOMBRE DEL SEGURO: ID DE MIEMBRO: # DE GRUPO:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL:

APELLIDO DEL SUSCRIPTOR: NOMBRE: INICIAL: FECHA DE NAC.: SS#:

SEGURO ADICIONAL: ID DE MIEMBRO: # DE GRUPO:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL:

¿Algún familiar es paciente actual de este consultorio? ◯ SÍ ◯ NO

NOMBRE:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

APELLIDO: NOMBRE: NÚMERO DE TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL:

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

HISTORIAL MÉDICO / DENTAL

¿ESTÁ EXPERIMENTANDO DOLOR O MOLESTIA DENTAL? ◯ SÍ ◯ NO

¿ESTÁ EN BUEN ESTADO DE SALUD? ◯ SÍ ◯ NO

¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN SU SALUD GENERAL EN EL ÚLTIMO AÑO? ◯ SÍ ◯ NO

¿ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? ◯ SÍ ◯ NO

SI ES ASÍ, ¿QUÉ CONDICIÓN SE ESTÁ TRATANDO? ◯ SÍ ◯ NO

NOMBRE DEL MÉDICO: TELÉFONO:

Comfort dental

¿FUMA O USA PRODUCTOS DE TABACO? _____ ◯ SÍ ◯ NO

¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PODRÍA ESTARLO? _____ ◯ SÍ ◯ NO

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:

- ☐ SIDA (AI)
- ☐ ALCOHOLISMO (AL)
- ☐ ANEMIA (AN)
- ☐ ANGINA (AG)
- ☐ VÁLVULA CARDÍACA ARTIF. (AV)
- ☐ ARTICULACIONES ARTIF. (AJ)
- ☐ ARTRITIS/REUMATISMO (AR)
- ☐ ASMA
- ☐ ANTICONCEPTIVOS (BC)
- ☐ PRESIÓN ARTERIAL ALTA (BH)
- ☐ PRESIÓN ARTERIAL BAJA (LH)
- ☐ ANTICOAGULANTES (BT)
- ☐ SE MAGULLA FÁCILMENTE (BB)
- ☐ CÁNCER (CA)
- ☐ QUIMIOTERAPIA/RADIACIÓN
- ☐ ENF. CARDÍACA CONGÉNITA
- ☐ SORDO/A
- ☐ DIABETES (DB)
- ☐ DEPENDENCIA DE DROGAS (DD)
- ☐ TRASTORNO ALIMENTICIO (ED)
- ☐ ENFISEMA (EM)
- ☐ EPILEPSIA (EP)
- ☐ DESMAYOS/MAREOS (FD)
- ☐ HERPES LABIAL/FIEBRE (FS)
- ☐ NÁUSEA FÁCIL (GE)
- ☐ GLAUCOMA (GL)
- ☐ DOLORES CABEZA FRECUENTES (HF)
- ☐ ATAQUE CARDÍACO (HA)
- ☐ SOPLO CARDÍACO (HM)
- ☐ HEMOFILIA (HP)
- ☐ HEPATITIS (H)
- ☐ ENF./DEFORMIDADES HEREDITARIAS
- ☐ VIH POSITIVO (VP)
- ☐ HERPES (HR)
- ☐ URTICARIA (HI)
- ☐ HIPERACTIVIDAD (HY)
- ☐ HIPOGLUCEMIA (HG)
- ☐ ICTERICIA (JC)
- ☐ ENF. RENAL/HEPÁTICA (KL)
- ☐ PROLAPSO VÁLVULA MITRAL HV
- ☐ SUDORES NOCTURNOS (NS)
- ☐ OSTEOPOROSIS (OS)
- ☐ PARÁLISIS (PL)
- ☐ SANGRADO PROLONGADO (PB)
- ☐ TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO
- ☐ FIEBRE REUMÁTICA (RF)
- ☐ ANEMIA CÉLULAS FALCIFORMES (SD)
- ☐ PROBLEMAS DE SINUSITIS (ST)
- ☐ DERRAME CEREBRAL (SK)
- ☐ TUBERCULOSIS (TB)
- ☐ TUMORES (TM)
- ☐ ENFERMEDAD VENÉREA (VD)

¿HA TENIDO ALGUNA OTRA ENFERMEDAD GRAVE? ◯ SÍ ◯ NO

EXPLIQUE: _____

MEDICAMENTOS

¿ES ALÉRGICO(A) O HA TENIDO UNA MALA REACCIÓN A:

- ☐ ASPIRINA (AA)
- ☐ BARBITÚRICOS (AB)
- ☐ CODEÍNA (AC)
- ☐ ERITROMICINA (AE)
- ☐ LÁTEX
- ☐ YODO (AD)
- ☐ KEFLEX (AK)
- ☐ ANESTÉSICO LOCAL
- ☐ ÓXIDO NITROSO (NO)
- ☐ NARCÓTICOS (NA)
- ☐ PENICILINA (AP)
- ☐ SULFA (AS)
- ☐ TETRACICLINA (AT)

OTRAS ALERGIAS (LISTE): _____

Comfort dental

¿HA TOMADO ALGÚN MEDICAMENTO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? ◯ NO ◯ SÍ - POR FAVOR LISTE: _____

_____

POR FAVOR LISTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE:

_____

_____

NOMBRE DE LA FARMACIA PREFERIDA: _____

DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: _____ TELÉFONO: _____

RAZÓN: _____

FIRMA DEL DOCTOR: _____

CONSENTIMIENTO:

Yo, el/la abajo firmante, por medio de la presente autorizo al Doctor a que, después de una explicación completa, tome radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda diagnóstica que el Doctor considere apropiada para diagnosticar mis necesidades dentales. También autorizo al Doctor a realizar cualquier forma de tratamiento, medicación y terapia que pueda estar indicada (después de haber sido discutida conmigo), y además autorizo y doy mi consentimiento para que el Doctor elija y emplee la asistencia que considere adecuada. Asimismo, entiendo que el uso de agentes anestésicos conlleva cierto riesgo. Entiendo que la responsabilidad de pago de los Servicios Dentales prestados en este consultorio, para mí o mis dependientes, es mía y debe pagarse en el momento en que se prestan los servicios.

Todos los beneficios del seguro se asignan al doctor cuando corresponda, pero sin que el doctor asuma la responsabilidad de cobrar dichos reclamos. Si la compañía de seguros no paga mi reclamo dentro de los 60 días posteriores a su envío, se entiende que pagaré el saldo de mi cuenta y me pondré en contacto con mi compañía de seguros respecto al pago. Se acuerda que el pago no se retrasará ni se retendrá debido a una cobertura de seguro pendiente. Si no pago el saldo completo, o si el seguro no ha pagado después de 60 días, se agregará un cargo por facturación a mi cuenta. Dicho cargo será una tasa periódica del 1.5% mensual (o un cargo mínimo de $2.00 por un saldo menor a $100), equivalente a una tasa anual del 18%. En caso de incumplimiento de pago, acepto pagar todos los costos de cobro de esta cuenta, incluyendo, entre otros, honorarios de abogados y costos judiciales. Entiendo que, cuando corresponda, se podrán obtener informes de crédito.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O MADRE: _____ FECHA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ FECHA: _____ TESTIGO: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL

Entiendo que mi plan de tratamiento de hoy incluye el siguiente trabajo detallado a continuación.

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que provocan enrojecimiento e inflamación de los tejidos, moretones, dolor, apertura limitada de la boca, picazón, aceleración del ritmo cardíaco, vómitos y/o shock anafiláctico. También sé que el entumecimiento por parestesia es un riesgo posible de la inyección, que puede durar de forma permanente o por un período indefinido de tiempo.

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones que no se descubrieron durante el examen, pero que se encontraron al trabajar en los dientes. Por ejemplo, se puede descubrir que se necesita una terapia de conducto radicular durante procedimientos restaurativos de rutina. Doy permiso al dentista para realizar cualquier cambio o adición que sea necesaria.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y, por lo tanto, los profesionales de buena reputación no pueden garantizar los resultados adecuadamente. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que ningún otro dentista es responsable de mi tratamiento dental.

Por medio de la presente autorizo a cualquiera de los doctores o auxiliares dentales a proceder con y realizar las restauraciones y tratamientos dentales que se me han explicado. Entiendo que esto es solo un estimado y está sujeto a modificación dependiendo de circunstancias imprevistas o no diagnosticables que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que pueda tener, soy responsable del pago de los honorarios dentales. Acepto pagar cualquier honorario de abogado, cargo de cobranza o costo de consulta en que se pueda incurrir para satisfacer esta obligación. Confirmo que entiendo este formulario y la información que contiene, en mi idioma nativo, o que se me han ofrecido los servicios de un traductor calificado que me ha explicado esta información en mi idioma nativo.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O MADRE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____ FECHA: _____

Comfort dental

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y DISCUTIR INFORMACIÓN DENTAL

La ley de privacidad HIPAA exige que solo estemos autorizados a comunicarnos con los propios pacientes, tutores, proveedores de seguros y médicos de atención primaria, a menos que contemos con autorización por escrito del paciente para comunicarnos con otras personas en su nombre. Proporcione los nombres de familiares o amigos a quienes desee autorizar para que reciban y discutan su información dental. Los cónyuges no están incluidos automáticamente; sus nombres deben indicarse explícitamente a continuación. Puede optar por no participar marcando la casilla “NO DIVULGAR INFORMACIÓN” a continuación. Doy a la(s) siguiente(s) persona(s) autorización para recibir mensajes o hablar con el consultorio en mi nombre con respecto a (marque todo lo que autorice):

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO #: _____ ☐ Citas ☐ Financiero ☐ Tratamiento Dental ☐ Seguro

Otro (explique): _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO #: _____ ☐ Citas ☐ Financiero ☐ Tratamiento Dental ☐ Seguro

Otro (explique): _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO #: _____ ☐ Citas ☐ Financiero ☐ Tratamiento Dental ☐ Seguro

Otro (explique): _____

☐ NO DIVULGAR INFORMACIÓN

Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para cualquier información de atención médica. Con mi firma a continuación, reconozco y entiendo que esta información se conservará en mi expediente médico y que los parámetros anteriores permanecerán vigentes hasta que yo los revoque por escrito. Es mi responsabilidad notificar a mi(s) proveedor(es) de atención médica si deseo cambiar uno o más de los contactos mencionados anteriormente.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NAC.:_____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: _____ FECHA: __

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted puede rehusarse a firmar este acuse de recibo*

Yo, _____ , tengo una
(por favor escriba su nombre en letra de imprenta)

copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio.

_____
(nombre en letra de imprenta de la parte responsable, si el paciente es menor de edad)

FIRMA: _____ FECHA: _____

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Intentamos obtener el acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo debido a:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- Otro (especifique):

_____

Todos los consultorios de Comfort Dental son de propiedad y operación independiente. © 2022 American Dental Association. Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción y el uso de este formulario por parte de los dentistas y su personal. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra parte requiere la aprobación previa por escrito de la American Dental Association. Este formulario es únicamente informativo, no constituye un aviso legal, y cubre solamente la ley federal, no la ley estatal (14 de agosto de 2002).

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de vigencia: 16/2/2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Si usted es menor de edad, su padre, madre o tutor legal debe leer este aviso y gestionar sus derechos de privacidad en su nombre. POR FAVOR, REVÍSELO CON DETENIMIENTO.

Nuestras Responsabilidades. Sus Derechos.

Estamos comprometidos a proteger su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y a garantizar el cumplimiento de las leyes federales y estatales de privacidad aplicables. Al usar o divulgar su PHI, limitaremos la información a lo mínimo necesario para cumplir con el propósito previsto, excepto en los casos en que este estándar no aplique, como las divulgaciones hechas a usted o con su autorización por escrito. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso tal como esté vigente. Le notificaremos por escrito si realizamos cambios a este aviso. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento comunicándose con nosotros a través de la información de contacto proporcionada en la última página de este aviso.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- **Derecho de Acceso.** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI en nuestro conjunto de registros designado, como los registros médicos o de facturación, mientras conservemos dicha información. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo por las copias. Responderemos a su solicitud dentro de 30 días, a menos que necesitemos una prórroga.
- **Derecho a Enmendar.** Si usted cree que su PHI es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que la corrijamos. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias, como si no fuimos quienes creamos la información. Responderemos a su solicitud dentro de 60 días.
- **Derecho a una Relación de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su PHI realizadas por nosotros durante los últimos seis (6) años (o un período más corto, si corresponde). La lista no incluirá las divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, ni las divulgaciones que usted haya autorizado. Responderemos a su solicitud dentro de 60 días, a menos que necesitemos una prórroga. Proporcionaremos una (1) relación por año sin costo; las solicitudes adicionales pueden incurrir en una tarifa razonable basada en el costo.
- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo usamos o divulgamos su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o a ciertas personas involucradas en su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto en el caso de divulgaciones a su plan de salud por servicios que usted haya pagado en su totalidad de su bolsillo.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI de una manera específica o en un lugar específico, como por correo electrónico o en una dirección alterna. Atenderemos las solicitudes razonables.
- **Derecho a una Copia en Papel de Este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente.

Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información de Salud Protegida.

Las siguientes secciones describen las formas en que podemos usar y divulgar su PHI, incluyendo ejemplos para ayudarle a entender estos usos y divulgaciones. No se enumeran todos los usos o divulgaciones posibles, pero todos los usos y divulgaciones cumplirán con las leyes aplicables.

1. Usos y Divulgaciones para Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y divulgar su PHI para los siguientes fines sin su autorización, salvo que la ley disponga lo contrario:

- **Tratamiento.** Podemos usar su PHI para brindar, coordinar o gestionar su atención médica y los servicios relacionados. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado.
  Ejemplo: Podemos compartir sus expedientes médicos con un especialista para coordinar su plan de tratamiento o proporcionar su PHI a un hospital donde está recibiendo atención.
- **Pago.** Podemos usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de los servicios que proporcionamos, incluyendo el envío de reclamos a su plan de seguro médico.
  Ejemplo: Podemos enviar su PHI a su compañía de seguros para verificar la cobertura u obtener el pago de un procedimiento.
- **Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para actividades necesarias para operar nuestra práctica, como la mejora de la calidad, la capacitación del personal o las auditorías de cumplimiento.
  Ejemplo: Podemos revisar su PHI para evaluar la calidad de la atención brindada o capacitar a nuestro personal en prácticas de privacidad.

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Aunque no estamos obligados a aceptar su solicitud, la consideraremos cuidadosamente y le notificaremos nuestra decisión.

2. Usos y Divulgaciones que Requieren Su Autorización. Para los usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este aviso, obtendremos su autorización por escrito, salvo lo permitido o exigido por la ley. Los ejemplos incluyen:

- **Mercadeo.** No usaremos su PHI para fines de mercadeo sin su autorización.
- **Venta de PHI.** No venderemos su PHI sin su autorización.
- **Notas de Psicoterapia.** No usaremos ni divulgaremos notas de psicoterapia sin su autorización, excepto para fines limitados, como el tratamiento o el cumplimiento legal.

Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento, y dejaremos de usar o divulgar su PHI para los fines cubiertos por la autorización, excepto por las acciones ya realizadas.

Además de los usos y divulgaciones descritos anteriormente, cumpliremos con cualquier requisito más estricto impuesto por las leyes estatales aplicables respecto a la venta u otras divulgaciones de su PHI. Si la ley estatal prohíbe o restringe aún más una divulgación que de otro modo estaría permitida bajo la ley federal, no realizaremos dicha divulgación.

3. Usos y Divulgaciones Permitidos Sin Su Autorización. Podemos usar o divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes situaciones, sujetas a los requisitos legales aplicables:

- **Exigido por la Ley.** Podemos divulgar su PHI cuando lo exija la ley federal, estatal o local, siempre que la divulgación cumpla con todas las condiciones aplicables.
- **Actividades de Salud Pública.** Podemos divulgar su PHI a autoridades de salud pública para actividades como la prevención o el control de enfermedades, el reporte de nacimientos y defunciones, o la notificación de retiros de productos.
- **Actividades de Supervisión de Salud.** Podemos divulgar su PHI a agencias gubernamentales para actividades de supervisión, como auditorías o investigaciones de proveedores de atención médica.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos.** Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial, citación u otro proceso legal, sujeto a las protecciones específicas descritas más abajo.
- **Fines de Aplicación de la Ley.** Podemos divulgar su PHI a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para fines como identificar a un sospechoso o reportar un delito en nuestras instalaciones, sujeto a las protecciones específicas descritas más abajo.
- **Forenses, Médicos Legistas y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar su PHI a forenses o médicos legistas para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte, o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones que gestionan la donación de órganos, ojos o tejidos, o trasplantes.

- **Investigación.** Podemos usar o divulgar su PHI para fines de investigación bajo condiciones estrictas, como con la aprobación de una Junta de Revisión Institucional.
- **Para Prevenir una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad.** Podemos divulgar su PHI para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la de otras personas.
- **Funciones Gubernamentales Especializadas.** Podemos divulgar su PHI para actividades militares, de seguridad nacional, o a instituciones correccionales si usted es un recluso.
- **Compensación de Trabajadores.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores o programas similares.

4. Información de Atención de Salud Reproductiva. La atención de salud reproductiva incluye la atención relacionada con el sistema reproductivo, como la anticoncepción, los tratamientos de fertilidad, el aborto, la atención por aborto espontáneo, y los medicamentos o dispositivos de venta libre. El 18 de junio de 2025, un tribunal federal en Texas (*Purl v. HHS*) anuló ciertas disposiciones de la Regla de Privacidad de HIPAA de 2024 que ofrecían protecciones adicionales para la información de atención de salud reproductiva, dictaminando que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. había excedido su autoridad. Como resultado, manejamos la PHI relacionada con la atención de salud reproductiva conforme a las reglas estándar de HIPAA y las leyes estatales aplicables. Cuando recibimos PHI sobre atención de salud reproductiva proporcionada por otro proveedor de atención médica, presumimos que dicha atención fue legal a menos que tengamos evidencia clara de lo contrario.

5. Protecciones Especiales para los Registros de Tratamiento por Trastorno de Uso de Sustancias. Si mantenemos registros de su tratamiento por Trastorno de Uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) de un programa asistido federalmente, estos registros están protegidos por la ley federal bajo 42 CFR Parte 2, "Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastorno de Uso de Sustancias". Estas protecciones se aplican a la información que pudiera identificarlo como una persona que tiene o ha tenido un trastorno de uso de sustancias. Se aplican las siguientes reglas:

Limitaciones sobre el Uso y la Divulgación. No usaremos ni divulgaremos sus registros de tratamiento por SUD, ni testificaremos sobre ellos, en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal.

Ejemplo: No divulgaremos sus registros de tratamiento por SUD a un tribunal para su uso en un proceso penal en su contra a menos que usted brinde su consentimiento por escrito o un tribunal emita una orden con una citación válida.

Advertencia sobre Redivulgación. Si divulgamos sus registros de tratamiento por SUD a una entidad no cubierta por HIPAA, como una agencia de servicios sociales, esa información puede ser redivulgada por el destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Ejemplo: Si compartimos sus registros de tratamiento por SUD con una entidad no cubierta por HIPAA, esa agencia podría compartir dicha información con otros, y ya no estaría protegida por HIPAA ni por la ley federal bajo 42 CFR Parte 2.

Sus Derechos. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usan o divulgan sus registros de tratamiento por SUD para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad, y no tomaremos represalias en su contra por hacerlo. Las quejas sobre los registros de SUD pueden presentarse ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Comunicaciones de Recaudación de Fondos. Si planeamos contactarlo con fines de recaudación de fondos y mantenemos registros de tratamiento por SUD, le notificaremos nuestra intención y le proporcionaremos la oportunidad de optar por no recibir dichas comunicaciones.

6. Divulgaciones a Asociados Comerciales. Podemos compartir su PHI con nuestros asociados comerciales, como compañías de facturación o proveedores de registros médicos electrónicos, que realizan servicios en nuestro nombre. Exigimos a estos asociados comerciales que firmen acuerdos para proteger su PHI de conformidad con HIPAA y, cuando corresponda, con 42 CFR Parte 2.

7. Divulgaciones a Familiares, Amigos u Otras Personas Involucradas en Su Cuidado. Podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted designe como involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado, a menos que usted se oponga. Si usted no está presente o está incapacitado, podemos divulgar su PHI si creemos que es en su mejor interés.

Notificación de Violación de la PHI.

Si ocurre una violación de su PHI, se lo notificaremos según lo exijan las leyes federales y estatales.

Quejas.

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Para presentar una queja con nosotros, escríbanos utilizando la información de contacto proporcionada a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.**

Para quejas relacionadas con los registros de tratamiento por SUD, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. en:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Teléfono: (800) 368-1019

Cambios a Este Aviso.

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y de hacer que el aviso revisado entre en vigor para la PHI que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso vigente en nuestro consultorio y/o en nuestro sitio web, con la fecha de vigencia indicada. Usted puede solicitar una copia en papel del aviso vigente en cualquier momento.

Información de Contacto.

Para preguntas sobre este aviso, para solicitar una copia en papel, o para presentar una queja, por favor comuníquese con su consultorio local. La información de contacto del consultorio se puede encontrar buscando en nuestro directorio de consultorios en https://comfortdental.com/find-a-dentist-directory/.