

CARSON CITY PEDIATRIC DENTISTRY
4530 S. Carson Street, #5
Carson City, NV 89701

Esta notificación describe como su información médica/dental es usada y con usted puede obtener acceso a esta información. Por favor lea detenidamente.

Nosotros entendemos que la privacidad de su información personal es muy importante. Nosotros creemos en la privacidad de su información personal, la cual es fundamental como parte de su tratamiento. Si tiene alguna pregunta o dudas con respecto a nuestra póliza por favor llámenos al (775) 461-3800.

Información que obtenemos de usted

Nuestra oficina obtiene su información personal y el de su familia como parte del proceso de pacientes nuevos. Durante el transcurso de su tratamiento, estaremos pidiendo más información a otros dentistas, especialistas, médicos o seguro dental. Esta información incluye, nombre, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, seguro social, nombre de su empleador, historia médica/dental, póliza de seguro y información sobre su cobertura dental.

Como su información es usada

Su información personal y de salud obtenida, puede ser usada o revelada con su consentimiento/autorización para el propósito de su tratamiento dental, pagos o exámenes de rutina. Esto significa que quizás necesitemos mandar su información a otros dentistas o clínicas que estarán involucradas en su tratamiento dental. Cualquier otro tipo de uso de su información personal, necesitará su autorización firmada, la cual puede ser revocada en cualquier momento que usted lo desee. CARSON CITY PEDIATRIC DENTISTRY no vende la información de sus pacientes a ninguna compañía de mercadotecnia o compañías farmacéuticas. En ciertos casos de salud pública, nosotros revelaremos su información a organizaciones, locales, públicas y de gobierno.

Estamos requeridos por la ley de (1) asegurarnos que su historia médica que lo/la identifica se mantenga privada, (2) proveerle con nuestra póliza de privacidad, (3) seguir los términos de nuestra póliza de privacidad. Su información solo puede ser vista por el personal de nuestra oficina, si alguien más requiere su información esta no se le dará al menos que usted lo autorice.

CARSON CITY PEDIATRIC DENTISTRY mantiene medidas de seguridad físicas, electrónicas para cumplir con las regulaciones estatales y federales que protegen su información personal y de salud. Si usted siente que su privacidad ha sido violada tiene derecho a presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. La queja de ninguna manera influye en su curso de tratamiento con CARSON CITY PEDIATRIC DENTISTRY.

CARSON CITY PEDIATRIC DENTISTRY de vez en cuando revise su póliza de privacidad y reserva el derecho a modificar y notificar de los cambios los cuales estarán disponibles en la recepción antes de la fecha efectiva.

Su derecho a restringir el uso de su información

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a nuestro uso o revelación de su información personal o de salud, aunque no estamos obligados a aceptar esas restricciones, una vez que su solicitud ha sido procesada permanecerá en efecto hasta que usted realice un cambio.

Reconocimiento del Paciente / Guardian

He leído y revisado la declaración anterior.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Papa/Mama _____

Firma del Papa/Mama _____ Fecha _____