

INSTRUCCIONES: (1) Por favor escriba (2) Llene completo, (3) Lea con cuidado, incluyendo el reverso y firme.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Soltero Casado Divorciado Menor Como quiere que le llamen? _____
Apellido Nombre Inicial

Direccion Electronica _____ Telefono _____
Casa _____ Celular _____

Direccion _____
Calle Apt. Ciudad Estado Codigo Postal

Paciente/Empleo del Padre: _____
Posicion _____ Cuanto tiempo? _____ Telefono Trabajo _____
Negocio Direccion

Paciente/Padre SS# _____ Numero Licencia _____

Esposa(o)/ Otro Empleo del Padre: _____
Posicion _____ Cuanto tiempo? _____ Telefono Trabajo _____
Negocio Direccion

Esposa(o)/ Otro SS# _____ Numero Licencia _____

A quien le agradecemos por su referencia a la oficina? _____

Algun otro familiar que estaremos viendo en la oficina:

Nombre _____ Relacion _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relacion _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relacion _____ Fecha de Nacimiento _____

Persona que no viva con usted y a quien se puede contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Telefono: _____

Direccion _____

Asegurancia Dental 1ra Cobertura

Empleado _____ **SS#** _____ **Fecha de** _____
Nacimiento _____
Empleador _____ Direccion _____

Compania de Asegurancia _____ # Poliza _____ Union o Grupo _____

Asegurancia Dental 2da Cobertura

Empleado _____ SS# _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ Direccion _____

Compania Asegurancia _____ # Poliza _____ Union o Grupo _____

SE LE COBRARA \$75.00 POR HORA SI NO ATIENDE SU CITA Y SIN NOTIFICAR DENTRO DE 24 HORAS!

- Yo autorizo al dentista para que haga procedimientos diagnosticos y tratamientos como sean necesarios para el cuidado apropiado dental.
- Yo autorizo que den informacion de acuerdo al cuidado dental de mi familia con el proposito de evaluar y administrar los beneficios de asegurancia
- Yo autorizo el pago de mi asegurancia directamente para el Dr. Henry
- Yo afirmo que la informacion proporcionada en esta pagina es veridica.

YO HE LEIDO EL ACUERDO FINANCIERO ESCRITO EN EL REVERSO DE ESTA FORMA, Y HE RECIBIDO UNA COPIA COMPLETA DE ESTE ACUERDO FINANCIERO.

FIRMA _____ FECHA _____

HÁBLENOS ACERCA DE SU SALUD!

Cuando fué su último exámen médico? _____

Nombre del médico y número de teléfono _____

Escriba algunos medicamentos que usted toma, además de la dosis _____

Escriba algunas vitaminas que usted toma y sus cantidades _____

Fecha de nacimiento _____

- SI NO ¿Es usted alérgico a alguna medicina? ____ ¿Cual? _____
- SI NO ¿Tiene otras alergias? Si es así, ¿Cuales? _____
- SI NO ¿Es usted sensible a algún metal, látex u otra sustancia? ____ ¿Cuáles? _____
- SI NO ¿Está usted embarazada o sospecha que puede estarlo?(Mujer) _____
- SI NO ¿Ha usado usted pastillas anticonceptivas?(Mujer) _____
- SI NO ¿Ha sido usted alguna vez tratado/a o advertido/a acerca de una enfermedad de corazón? _____
- SI NO ¿Tiene usted un marcapaso o una válvula artificial del corazón? _____
- SI NO ¿Ha tenido usted fiebre reumática? _____
- SI NO ¿Tiene usted alteraciones en el sonido de su corazón? _____
- SI NO ¿Tiene usted presión sanguínea alta o baja? _____
- SI NO ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria o alguna cirugía importante? Liste los tipos y fechas aproximadas. _____
- SI NO ¿Ha tenido usted tratamiento por algún tumor o cáncer? _____
- SI NO ¿Ha tenido usted enfermedades inflamatorias como artritis o reumatismo? _____
- SI NO ¿Tiene usted alguna fractura o prótesis artificial? _____
- SI NO ¿Tiene usted desórdenes sanguíneos tales como anemia, leucemia etc.? _____
- SI NO ¿Sangra excesivamente comparado con otras personas? _____
- SI NO ¿Tiene usted problemas de estómago? _____
- SI NO ¿Tiene usted problemas con los riñones? _____
- SI NO ¿Tiene usted problemas con el hígado? _____
- SI NO ¿Es usted diabético/ca? Si es así, especifique como se controla? _____
- SI NO ¿Sufre de asma? Si es así, con qué frecuencia son los ataques? _____
- SI NO ¿Sufre de epilepsia u otros ataques? Si es así, ¿con qué frecuencia son los ataques? _____
- SI NO ¿Tiene usted o ha tenido alguna enfermedad venérea? _____
- SI NO ¿Tiene usted HIV positivo? (¿Infectado con el virus del SIDA?) _____
- SI NO ¿Tiene o ha tenido un test positivo por hepatitis? _____
- SI NO ¿Tiene usted o ha tenido alguna vez tuberculosis (T.B.)? _____
- SI NO ¿Fuma, mastica, usa, o inhala alguna forma de tabaco? ¿Con qué frecuencia? _____
- SI NO ¿Consumo usted alcohol? ¿Con qué frecuencia? _____
- SI NO ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no introdujo en este formulario? _____
- SI NO ¿Hay algo más que nosotros deberíamos saber acerca de su salud? ¿Qué? _____

¿Cuál ha sido la principal preocupación que le ha traído a nuestra oficina? _____

¿Está usted feliz con la apariencia de sus dientes? _____

¿Siente que usted puede masticar adecuadamente? _____

¿Tiene o ha tenido usted dolor de muelas? _____

¿Cuándo fué su última visita dental, y por qué fue? _____

El nombre de su anterior dentista es y porqué usted lo dejó? (confidencial) _____

¿Tiene usted miedo a las visitas dentales. Por favor explique el porqué? _____

¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes? _____

¿Muerde o aprieta sus dientes? _____

¿Tiene usted sensibilidad a lo frío o caliente en los dientes? _____

¿Su quijada chasquea, se cierra o tiene usted dolor de quijada? _____

Describa su dieta. _____

Liste algunos hábitos con la boca (morder las uñas, masticar chicle, chupar dedos, etc.) _____

PARA MEJORAR MIS CONOCIMIENTOS LAS RESPUESTAS DE ABAJO DEBEN SER COMPLETAS Y EXACTAS

Firma de paciente _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____

REGISTRO DEL PACIENTE

ACUERDO FINANCIERO

1. Yo, la persona firmante, acuerda cancelar los costos por todos los servicios profesionales realizados a mi persona, familia u otra registrada en el reverse de esta pagina.
2. Yo, la persona firmante, acuerda que pese a la aseguranza quien se convierte en la tercera parte, este es un contrato directo entre el dentista y mi persona, POR LO TANTO ASUMO LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE PAGO, SINO FUESE CUBIERTA POR LA ASEGURANZA!
3. Yo, estoy enterado/a de que ante cualquier atraso o no cancelacion por los servicios dentales ofrecidos, esta clinica procede a interponer demanda ante la oficina colectora. Por lo tanto dicho procedimiento legal tendra afectacion en el futuro a mi historia personal para la obtencion de creditos u otros procedimientos que yo necesite.
4. Aunado a la deuda no cancelada, asumire el recargo por juicios ante la Corte y todo lo subsecuente, sustentado en alguna propiedad que por orden judicial sea emitida, esto acorde al monto que adeudo. Por lo tanto, Yo, la persona firmante acuerdo evitar todo el tramite legal de la oficina colectora, que incluye la recuperacion de la deuda, pago de abogados, costos de la Corte u otros.
5. Despues de 28 dias del envio de la demanda, siempre hay 28 dias minimo a partir de esa fecha. Yo, acuerdo cancelar al dentista los siguientes recargos ADICIONALES a la cuenta por servicios profesionales: Cargo financiero de 1 ¼ % por mes (21% por año) El costo financiero y recargo aplicaran al ajuste de mi balance. (balance previo, despues de deducir pagos y/o aparecimiento de credito en mi contrato)
6. Yo, puedo evitar incurrir en CARGOS Y RECARGOS FINANCIEROS cancelando mi cuenta totalmente, inmediatamente al obtener el por recibido del dentista y antes de que finalice su vencimiento. Esto permite un minimo de 28 dias a partir del servicio a mi cuenta, sin incurrir en CARGOS Y RECARGOS FINANCIEROS. POR ELLO ES DE MI CONOCIMIENTO TOMAR VENTAJA PARA PAGAR MI CREDITO LO MAS RAPIDO POSIBLE.

EN CASO DE ERROR O MAYOR INFORMACION EN RELACION A SU CUENTA

La Oficina Federal demandante requiere hacer las correcciones pertinentes y de manera inmediata a su cuenta

- I. Si, usted desea mantener sus derechos por la demanda, aqui se se ayuda como proceder si su cuenta esta incorrecta o necesita mayor informacion.
 - A. No escriba en el recibo, escriba la siguiente informacion en una pagina de papel separada. (si usted pregunta via telefonica, pierde su derecho ante la ley.)
 1. Nombre y numero de cuenta
 2. Descripcion del error y explicacion (puede extenderse en la explicacion) del por que usted cree que hay error, pero si usted solo necesita mayor informacion en alguna parte que no entienda y lo que busca son evidencias del recargo. Por favor no envie copia de ningun documento relacionada con los cargos hasta que tenga su copia en duplicado
 3. Cantidad en dolares del error observado
 4. Cualquier otra informacion (como su direccion) que considere sera de ayuda para esta oficina .
 - B. Envie su nota de error de su cuenta a: Kim Henry, D.M.D. 3619, South Fulton Avenue, Hapeville, Georgia 30354

II. Debe hacer de nuestro conocimiento por escrito, todos los errores dentro de un plazo de 30 dias, de lo contrario no podremos corregir su cuenta durante ese periodo (30 dias). Despues de los 90 dias de haber recibido su carta, nosotros debemos corregir el error o sustentar el por que consideramos que la cuenta esta correcta. Una vez habiendo explicado la cuenta nosotros no tenemos ninguna obligacion de contestar, aunque usted considere que existe error, a excepcion de lo previsto en el parrafo V subsiguiente.

III. Despues de haber sido notificado, ni el abogado/a, ni la agencia colectora deberan enviar cartas de reclamos u otra accion relacionada al monto en disputa, pero si le haremos llegar estados de su cuenta, usted no puede destruir su registro de credito u olvidar el monto en cuestion, no se podra reportar al departamento de credito u otras agencias como delincuente hasta que se pruebe lo contrario. Por lo tanto usted esta en la obligacion de cancelar la parte que le corresponde de su cuenta, que no esta en disputa.

IV. Si si determinara que nosotros hemos cometido error en su cuenta, usted no tendra que pagar ningun RECARGO FINANCIERO u otro costo pero si se encuentra que no hemos cometido error, usted pagara el monto en disputa y otros costos olvidados por minimos que sean en el monto de la disputa, excepto que usted acuerde que su cuenta fue corregida, nosotros le enviaremos una notificacion por escrito de lo que nos debe y si se determinara que cometimos error en la cuenta en disputa, usted debera dar tiempo para retribuir lo que usted normalmente pagaria en el saldo no disputado antes de cualquier otro recargo o retraso en el monto el cual le sera adeudado.

V. En caso la explicacion que nosotros dimos no le satisface, usted puede enviarnos su notificacion por escrito durante los primeros diez dias, despues de haberla recibido, pero usted insiste en no pagar, nosotros reportaremos su credito a la oficina encargada y otras agencias entre ellas la oficina recolectora. Pero ademas les haremos conocer que usted piensa que no nos debe el dinero; por ello le haremos de su conocimiento a quien se reporto. Recibido esto entre usted y nosotros, se reportara la resolucio a todas las partes acerca de su delincuencia.

VI. Si no se siguen estas reglas, no podemos colectar el deposito de \$50.00 de la disputa y los cargos financieros, aunque la cuenta retorne para ser corregida.

“La Oficina Federal de Equidad, Accion y Credito prohíbe cualquier discriminacion contra sus aplicantes, basada en el sexo o estado familiar. La agencia federal que administra las demandas basadas en la ley que protege al presente doctor es la Comision Federal de Negocios, 55 East Monroe Street, Chicago, Illinois 60603”

ASEGURANZA DENTAL: COMO PODEMOS AYUDARLE - COMO USTED PUEDE AYUDARNOS!

Usted es una persona afortunada al tener cobertura de su aseguranza dental! Este es un maravilloso beneficio que ayuda a disminuir el costo del cuidado de sus dientes, pero no existe un plan que le libere de algun costo a usted y a su familia. Deducible, maximo anual, su aporte y tratamientos especializados son la forma de mantener un costo razonable para lo empleados y empleadas.

Las companias de aseguranza son la tercera parte en la relacion doctor-paciente. Es mi recomendacion etica ofrecer lo mejor para usted; y usted tiene la opcion de tomar ese tratamiento o no. Desde luego cuando usted toma la decision para cualquier tratamiento, por favor sea consciente de que es su reponsabilidad de que el tratamiento sea cancelado en su totalidad.

Como cortesia hacia usted nosotros aceptamos tramitar su aseguranza directamente desde nuestra oficina (excluyendo ortodoncia), el cual significa que usted no tiene que pagar el costo total al iniciar el tratamiento. Por lo tanto usted cancela la parte que le corresponde(deducible+ porcentaje+costo exclusivos). A menudo es dificil estimar la cantidad que la aseguranza pagara. Es de vital importancia que usted obtenga en su empresa el catalogo de aseguranza y se familiarice con la informacion de su plan.

Si existiera alguna disputa de reclamo, nosotros requerimos que usted cancele toda la porcion que le corresponde, mas la disputa de la aseguranza. Si la decision es favorable, debera extender un cheque por cualquier credito inmediatamente. Nosotros le ayudaremos en la disputa con su compania aseguradora, si denota que no se resuelve. Disputas con las aseguranzas a menudo se resuelven mas rapido si el paciente se involucra activamente.

No es recomendable para usted "esperar hasta que la compania pague la parte que le corresponde". Nuestra oficina hara un recargo mensual por cada retraso en su balance, independientemente sea usted o la compania; y sera usted quien cancele todo interes aplicado, por lo tanto es mejor cancelar en la fecha que corresponde, aun si usted utiliza tarjeta de credito, evitara altos intereses. Si en algun caso el reclamo de la aseguranza es rechazado, usted tendra que pagar el costo total de la cuenta; pero si la aseguranza finalmente paga el reclamo usted evitara todos los recargos de intereses y obtendra algun dinero de reembolso.

A menudo las companias de aseguranza ignoran nuestras instrucciones y envian el pago al empleado o empleada (paciente), en vez de enviarlo a nuestra oficina. Si eso ocurre, inmediatamente firme, lleve o envíe el cheque a la direccion de nuestra oficina. (3619 South Fulton Ave, Suite 100, Hapeville, GA 30354)

Las companias de aseguranza no envian recibos dentales. Ellas podran dividir los gastos en cualquier area y decidir el porcentaje que deseen, o pagar cualquier arbitraje que ellos consideren. Podran excluir de su cobertura cualquier tratamiento, sin tomar en cuenta si este es necesario para su salud dental. Pueden decidir en sus agendas las fechas de cancelacion o no. Tomando en cuenta todos estos factores, mi practica quizas si o quizas no afronte todas esas reglas que las companias denominan "beneficios estimados" que usted recibe.

Nosotros creemos firmemente que la mejor relacion profesional es aquella que se da con franqueza y sinceridad tanto en el costo del servicio como en la cancelacion de los mismos. Por favor si usted tiene alguna pregunta referente a su cancelacion no dude en llamarnos. Y recuerde la aseguranza dental no lo libera a usted de alguna reponsabilidad financiera; pero contribuye de manera formidable. Podemos ayudarle a obtener lo mejor.

Nuestro compromiso en su salud dental, unido al estatus de su aseguranza!
Por la salud dental,

Kim Henry, D.M.D.

Yo he dado lectura, he entendido y me comprometo con esta politica de aseguranza.

Firma de la persona paciente

Fecha

KIM HENRY, DMD, PC.
AVISO DE LA PRIVACIDAD EN LAS PRÁCTICAS

Este aviso describe cómo nuestra información de salud puede ser usada y revelada y cómo usted puede tener acceso a tal información.

Por favor lea esto cuidadosamente. La privacidad de su información de la salud es importante para nosotros.

NUESTRO DEBER LEGAL.

Somos requeridos por la vigente ley estatal y federal a mantener la privacidad en su historial. Es nuestra responsabilidad darle este Aviso sobre prácticas privadas, nuestros deberes legales, y sus derechos concernientes a su información sobre su salud. Debemos seguir la privacidad en las prácticas que están descritas en este Aviso mientras estén vigentes. Este anuncio entro en vigencia el 14 de Abril del 2003, y se mantendrá en vigencia hasta que nosotros lo retiremos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad en las prácticas y los términos de este Aviso en cualquier momento, proporcionando tales cambios están permitidos por la actual ley. Reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestra privacidad en las practicas y en los nuevos términos de nuestro Aviso efectivo para toda la información de su salud que mantengamos, incluyendo información que nosotros creamos o recibimos antes que nosotros hagamos los cambios pertinentes. Antes que nosotros hagamos un cambio relevante en nuestras prácticas, nosotros cambiaremos este Aviso y haremos el nuevo disponible.

Usted puede pedir una copia de nuestro Aviso a cualquier hora. Para más información, o para copias adicionales de este Aviso, por favor contáctenos usando la información listada al final de este.

USOS Y REVELACIONES DE LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD.

Usamos y revelamos tal información acerca de su tratamiento, pago, y operaciones para el cuidado de su salud. Por ejemplo:

TRATAMIENTO: Nosotros podemos usar o revelar la información con respecto a su cuidado físico y otras fuentes de su cuidado médico para abastecer su tratamiento.

PAGO: Podemos usar o revelar su información médica a otro profesional para servicios que le proporcionemos.

OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD: Podemos usar o revelar su historial médico en conexión con nuestras operaciones de salud. Tales operaciones incluyen actividades de calidad de mejora y fijación, revisar la competencia o cualificación de profesionales, evaluando al médico y proveedor de la ejecución, conduciendo programas de práctica, acreditación, licenciatura o actividades de credenciales.

SU AUTORIZACIÓN: Además de nuestro uso de la información para su tratamiento, abono del pago u operaciones, usted puede darnos autorización escrita para usar su historial médico o para revelarlo a alguien para algún propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarlo por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida por su autorización mientras esté en efecto. A menos que usted nos dé una autorización escrita, nosotros no podemos usar o desvelar su historial médico mediante ninguna razón excepto aquellos descritos en este anuncio.

A SUS FAMILIARES Y AMIGOS: Debemos revelarle su información sobre su propia salud de la misma forma como la descrita en la sección de los derechos del paciente de este Aviso. Podemos descubrir su historial médico a un miembro de la familia, amigo u otra persona en la expresa necesidad de ayudarle en su cuidado o con el pago de tal cuidado, pero solamente si usted está de acuerdo en que nosotros hagamos esto.

PERSONAS INCLUIDAS EN EL CUIDADO: Podemos usar o revelar su historial médico al notificar, auxiliar en la notificación de un miembro familiar (incluida identificación y localización), su personal representativo u otra persona responsable de su cuidado, localización, condición general o muerte. Si usted está presente, prescindiremos de usar o revelar su historial, y le proporcionaremos una oportunidad de objetar tales usos o revelaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, nosotros revelaremos su historial basada en una determinación usando nuestro juicio profesional revelando información que sea importante a la persona implicada en su cuidado. Nosotros también usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia en prácticas comunes para hacer razonables inferencias acerca de su mejor interés para permitir a una persona para recibir prescripciones completadas, provisiones médicas, rayos-X u otras formas similares para la información acerca de su salud.

SERVICIOS DE SALUD RELACIONADOS CON EL MERCADEO: No usaremos su historial para las comunicaciones de mercadeo sin su autorización escrita.

REQUISITOS IMPUESTOS POR LA LEY: Podemos usar o revelar su historial médico cuando sea requerido por la ley.

ABUSO O DESCUIDO: Podemos también revelar su historial médico para apropiarse a las autoridades si nosotros razonadamente creemos que usted es una posible víctima de abuso, descuido o violencia doméstica o posible víctima de otros delitos. Podemos revelar su historial médico para evitar un trato peligroso para su salud, para su seguridad o para la seguridad de otros.

SEGURIDAD NACIONAL: Podemos revelar su historial médico al personal de autoridades militares de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos también revelar su historial a los oficiales federales requeridos por la legal actividad de seguridad nacional. Podemos por otra parte desvelar a la institución correccional u oficial en vigor teniendo legal custodia de historial médico protegido de un paciente en determinadas circunstancias.

RECORDATORIOS DE CITAS: Nosotros podemos usar o revelar su historial para proporcionarle recordatorios de citas (estos pueden ser mensajes de voz, tarjetas o cartas).

DERECHOS DE LOS PACIENTES:

Acceso: Usted tiene el derecho de mirar o recibir fotografías de su historial médico, con excepciones limitadas. Usted puede pedir que nosotros le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Nosotros usaremos el formato que usted pida a menos que nosotros no podamos prácticamente hacer eso. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su historial médico. Usted puede también obtener un formulario para pedir acceso mediante el uso de la información de contacto nombrada al final de este Aviso. Nosotros cargaremos una tarifa razonada basada por las expensas de tales copias u otros servicios de este tipo. Usted puede también pedir acceso mediante el envío de una carta a la dirección del final de este anuncio. Si usted pide copias, nosotros le cargaremos 35.000 dólares por la copia de sus registros, e importe si usted quiere las copias enviadas a su casa. Si usted desea un formato aleatorio, nosotros cargaremos una tarifa basada para proporcionarle su historial en ese formato. Si usted lo prefiere, le prepararemos un sumario o una explicación de su historial para una tarifa. Contacte con nosotros para el uso de la información explicada debajo de este Aviso para una explicación detallada de nuestros planes de tarifas.

INFORMES DE ESTOS SERVICIOS: Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias en las cuales nosotros o nuestro negocio asocia su historial revelado para propósitos, otros tales como tratamiento, pago, curas para operaciones y otras ciertas actividades, durante los últimos seis años, pero no antes del 14 de Abril del 2003. Si usted pide estos informes más de una vez en un período de 12 meses, podemos cargarle una razonada tarifa de coste por responder a estas peticiones adicionales.

RESTRICCIÓN: Usted tiene el derecho de pedir que nosotros coloquemos restricciones adicionales en nuestro uso o en la revelación de su historial médico. No se nos requiere estar de acuerdo a estas restricciones adicionales, pero si nosotros lo hacemos, nosotros nos atenderemos a nuestro acuerdo (exceptuando una emergencia).

COMUNICACIÓN ALTERNATIVA: Usted tiene derecho a pedir que nosotros comuniquemos su historial médico por alternativos medios o alternativas localizaciones. (Usted debe hacer la petición por escrito). Su petición debe especificar los medios alternativos o localización, y abastecer explicación satisfactoria de cómo el pago será llevado bajo los medios alternativos que usted elija.

INDEMNIZACIÓN: Tiene el derecho de pedir que nosotros le indemnizemos su historial médico. (Su petición de estar por escrito, y debe explicar porqué la información debe ser indemnizada). Nosotros podemos denegar su petición bajo ciertas circunstancias.

AVISO ELECTRÓNICO: Si usted recibe este Aviso a través de nuestra página Web o por correo electrónico, usted está autorizado a recibir este Aviso por escrito.

PREGUNTAS O QUEJAS: Si usted desea mayor información acerca de nuestra privacidad de prácticas o tiene alguna pregunta o preocupación, por favor contacte con nosotros.

Si usted le preocupa que nosotros hemos podido haber violado sus derechos privados o si usted discrepa con lo que nosotros hicimos sobre el acceso a su historial médico o tiene que comunicar con nosotros a través de medios o localizaciones alternativas, usted se nos puede quejar usando la información de contacto expuesta al final de este Aviso. Usted puede también adjuntar una queja escrita al departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nosotros le proporcionaremos con su dirección una queja archivada con el Departamento americano de Salud y Servicios Humanos después de su petición.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su informe médico. No nos reiteramos de cualquier manera si usted elige archivar una queja contra nosotros o contra el Departamento Americano de la Salud o Servicios Humanos.

Agente de Contacto: Maria Henry.

Teléfono: 404-761-2525.

Fax: 404-973-0807.

Dirección de Correo Electrónico: KimHenryDMD@mindspring.com

Dirección: 3619 South Fulton Avenue, Suite 100, Georgia 30354.

DR. KIM HENRY, D. M.D.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LA PRIVACIDAD EN LA PRÁCTICA

Yo, _____, he recibido una copia de este aviso de oficina acerca de la privacidad de mi información.

Por favor Escriba Su Nombre

Firma

Fecha

Para uso exclusivo de la oficina

Nosotros intentamos obtener un acuse de recibo de nuestro Aviso relativo a la privacidad de información en nuestra clínica pero el acuse no pudo ser obtenido por:

Por un rechazo individual a firmar

Por que las barreras comunicativas prohibieron obtener el acuse de recibo

Por una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse

Por otros motivos (por favor especificar)

