



Fairfax Periodontal Group
Formulario De Registro De Pacientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Señorita ☐ Sra. ☐ Dr. ☐ Otro

Seguridad Social #: - -

Apellido: _____ Nombre De Pila: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

¿Hay algún nombre por el que prefieras usar? _____

Fecha de nacimiento: / / Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Other Soltero(a) / Casado (a) / Div / Sep / Wid

Dirección: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Trabajo: _____ Nombre de la compañía: _____

de Casa: () - Tele #:() - Trabajo #:() -

Correo electrónico: _____

Comunicación preferida: ☐ Llamar ☐ Texto ☐ Correo Electrónico

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Tel #:() -

Dentista General: _____ Tel #:() -

Farmacia Preferida: _____ Tel #:() -

¿Cómo se enteró de nuestra práctica??: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO::

Primaria:

Nombre del plan: _____ Nombre del subscruver: _____

Seguridad Social del Suscriptor #: - - Fecha de nacimiento del suscriptor: / /

Identificación de miembro #: _____ Grupo #: _____

Seguro secundario:

Nombre del plan: _____ Nombre del subscruver: _____

Seguridad Social del Suscriptor #: - - Fecha de nacimiento del suscriptor: / /

Identificación de miembro #: _____ Grupo #: _____

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a North Bethesda Periodontal Group y/o a mi compañía de seguros a divulgar la información necesaria para procesar mis reclamaciones.

Firma de la paciente:

Fecha:

Política Del Consultorio y Consentimiento/Liberaciones Del Paciente:

Por favor revise cuidadosamente, ponga sus iniciales, imprima y firme a continuación:

_____ Autorizo al Dr. Choudhary, al Dr. Howanitz y a su personal a proporcionar todas y cada una de las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan ser necesarias o aconsejables en relación con mi atención dental o para mi dependiente. Además, doy mi consentimiento para que el Dr. Choudhary, el Dr. Howanitz y su personal elijan y utilicen los métodos y medios que consideren adecuados. Entiendo que antes del tratamiento, el Dr. Choudhary, el Dr. Howanitz o su personal me darán una explicación completa de los procedimientos involucrados, y acepto hacer cualquier pregunta que pueda tener, o plantear cualquier problema, antes al inicio del tratamiento. Además, entiendo que existen riesgos poco comunes pero reales asociados con la anestesia local, como la parestesia permanente o temporal. Entiendo esos riesgos y he hecho todas las preguntas que pueda tener sobre ellos, y doy mi consentimiento para que me administren anestesia local como parte de mi tratamiento dental.

_____ Autorizo al Dr. Choudhary, al Dr. Howanitz y a su personal a tomar fotografías, modelos de estudio y/o radiografías de mi cara, mandíbula y dientes. Entiendo que estas fotografías, modelos de estudio y/o radiografías se utilizarán como registro de mi atención y tratamiento, y además autorizo su uso con fines educativos o docentes.

_____ En consideración de los servicios prestados, por la presente transfiero y asigno al Dr. Choudhary y al Dr. Howanitz el derecho, título e interés de cualquier pago adeudado por los servicios según lo dispuesto en la póliza o pólizas de seguro dental que tengo. Entiendo que soy legalmente responsable de todos los costos del tratamiento, independientemente del saldo estimado del seguro, y que mi parte de los procedimientos cubiertos puede diferir de las estimaciones proporcionadas por el Dr. Choudhary, el Dr. Howanitz y su personal. Además estoy de acuerdo y autorizo a los Drs. Choudhary y Howanitz a divulgar cualquier información solicitada por mi(s) compañía(s) de seguros o sus representantes. Si los Drs. Choudhary y Howanitz no son proveedores directos de mi proveedor de seguro dental. Entiendo que presentar un reclamo ante mi seguro dental puede hacerse estrictamente como una cortesía hacia mí y que sigo siendo responsable del monto total de los honorarios por los servicios prestados.

_____ Entiendo y acepto que todos y cada uno de los saldos vencidos de más de treinta (30) días estarán sujetos a un cargo financiero del 1.5 % mensual (18 % anual). Además, acepto que cuando se empleen actividades de cobro, ya sea a través de agencias de cobro o procedimientos legales, para cobrar cualquier monto adeudado por mí, seré responsable de todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, costos judiciales, intereses, y honorarios de abogados por un monto de 33 y 1/3% del capital total y los intereses adeudados en mi cuenta, ya sea que se inicie o no un litigio formal.

_____ En el caso de que mi pago con cheque o tarjeta de crédito sea rechazado o devuelto, acepto pagar una tarifa no reembolsable de \$50.

_____ Si es necesario, acepto cancelar o reprogramar una cita al menos 24 horas antes de la hora de mi cita para evitar un cargo de cancelación no reembolsable de \$50. También estoy de acuerdo en que llegar sustancialmente tarde a una cita o faltar a la cita por completo se considerará una cancelación y me sujetará a la tarifa de cancelación.

"He leído y comprendido este acuerdo completo antes de firmarlo aquí abajo, y he respaldado este acuerdo voluntariamente, sin coacción y por mi propia voluntad y elección."

Nombre del paciente o representante (por favor IMPRIMA): _____

Firma del Paciente o Representante: _____ **Fecha:** _____

Beneficios De Seguro y Política De Reclamaciones

GENERALMENTE: Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. En el caso de que aceptemos la asignación de beneficios, o si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 60 días a partir de la fecha en que se prestaron los servicios, el saldo será **pagadero de inmediato, independientemente de cualquier reclamo pendiente**. Requerimos que se presente la información completa de su seguro en el momento en que se brindan los servicios. Los reclamos de seguros no pueden ser retroactivos. La mayoría de los beneficios se verificarán antes de que se pueda facturar a su compañía de seguros.

MANTENER ALTOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN: Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos, o pueden tener un cargo que no se considera "razonable y habitual", o pueden considerarse un servicio innecesario según administradores de su póliza de seguro. La(s) decisión(es) de los administradores de su póliza de seguro, particularmente con respecto a la necesidad del tratamiento, están fuera de nuestro control. Nuestra práctica está comprometida a brindarle la mejor atención dental, determinada por dentistas profesionales y capacitados que lo examinan, en lugar de administradores que examinan datos y cifras sobre usted o el servicio prestado. Además, nos esforzamos por mantener los más altos estándares en términos de esterilización, materiales y servicios de laboratorio para nuestros pacientes. Como **tal, decidimos no permitir que los administradores de pólizas de seguro comprometan nuestro nivel de atención o estándares**, y confiamos en que nuestros pacientes aprecien nuestros esfuerzos en este sentido. Por lo tanto, cada paciente que se une a nuestra práctica acepta ser responsable de pagar su saldo total, menos los pagos de seguro recibidos, a pesar de la determinación de cualquier compañía de seguros con respecto a la necesidad o los cargos habituales y habituales por los servicios prestados en nuestra oficina.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS: Como cortesía hacia nuestros pacientes, haremos todo lo posible para verificar los beneficios de su seguro dental y también responder cualquier pregunta que pueda tener sobre los reclamos de seguro. Sin embargo, **cada paciente es responsable de conocer la cobertura, las exclusiones, las limitaciones y el historial de uso de su plan de seguro**. Además, cada paciente debe ser consciente de los beneficios no cubiertos, incluidas las cláusulas sobre dientes faltantes, los límites de tiempo y frecuencia de raspado y alisado radicular, la falta de cobertura para la colocación de implantes o injertos de tejido blando y otros límites de frecuencia (por ejemplo, exámenes, profilaxis, fluoruro, x -rayos). Cualquier monto estimado que no esté cubierto por su seguro deberá pagarse en el momento del tratamiento. Tenga en cuenta que todas las estimaciones de seguro están sujetas a la aprobación final de su plan de seguro dental y, por lo tanto, el monto adeudado está sujeto a cambios después de la revisión final por parte de su compañía de seguros.]

TARIFAS ADICIONALES DE LABORATORIO: En ciertas situaciones, pueden ser necesarias tarifas de laboratorio adicionales y son un costo adicional para dichos procedimientos (por ejemplo, guías quirúrgicas, prótesis temporales o puentes). Se le informará de cualquier costo de laboratorio adicional antes del inicio del tratamiento.

"He leído y entiendo la política financiera. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto cumplir con esta política financiera."

Nombre del paciente o representante (por favor IMPRIMA): _____

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? ☐ Si ☐ No _____

¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos? ☐ Si ☐ No _____

¿Esta usted en una dieta especial? ☐ Si ☐ No _____

¿Usa tabaco? ☐ Si ☐ No _____

¿Usted usa sustancias controladas? ☐ Si ☐ No _____

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada? ☐ Si ☐ No Toma anticonceptivos orales? ☐ Si ☐ No Esta amamantando? ☐ Si ☐ No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

☐ Aspirina ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Acrílico ☐ Metálico ☐ Látex ☐ Anestésicos locales Sulfamida

☐ Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	☐ Si ☐ No	Cortisona	☐ Si ☐ No	Hemofilia	☐ Si ☐ No	Tratamiento con radiación	☐ Si ☐ No
Enfermedad de Alzheimer's	☐ Si ☐ No	Diabetes	☐ Si ☐ No	Hepatitis A	☐ Si ☐ No	Pérdida de peso reciente	☐ Si ☐ No
Anafilaxia	☐ Si ☐ No	Drogadicción	☐ Si ☐ No	Hepatitis B o C	☐ Si ☐ No	Diálisis renal	☐ Si ☐ No
Anemia	☐ Si ☐ No	Fácilmente pierde el aliento	☐ Si ☐ No	Herpes	☐ Si ☐ No	Fiebre reumática	☐ Si ☐ No
Angina	☐ Si ☐ No	Enfisema	☐ Si ☐ No	Presión arterial alta	☐ Si ☐ No	Reumatismo	☐ Si ☐ No
Artritis/Gota	☐ Si ☐ No	Epilepsia o convulsiones	☐ Si ☐ No	Colesterol Alto	☐ Si ☐ No	Escarlatina	☐ Si ☐ No
Válvula del corazón artificial	☐ Si ☐ No	Sangrado excesivo	☐ Si ☐ No	Ronchas o erupción cutánea	☐ Si ☐ No	Herpes	☐ Si ☐ No
Articulación artificial	☐ Si ☐ No	Sed excesiva	☐ Si ☐ No	Hipoglucemia	☐ Si ☐ No	Enfermedad de células falciformes	☐ Si ☐ No
Asma	☐ Si ☐ No	Desmayos / vértigo	☐ Si ☐ No	Latido irregular del corazón	☐ Si ☐ No	Problemas del seno nasal	☐ Si ☐ No
Enfermedad arterial	☐ Si ☐ No	Tos frecuente	☐ Si ☐ No	Problemas de los riñones	☐ Si ☐ No	Espina Bífida	☐ Si ☐ No
Transfusión de sangre	☐ Si ☐ No	Diarrea frecuente	☐ Si ☐ No	Leucemia	☐ Si ☐ No	Enfermedad estomacal/intestinal	☐ Si ☐ No
Problemas respiratorio	☐ Si ☐ No	Dolores de cabeza frecuente	☐ Si ☐ No	Enfermedades del Hígado	☐ Si ☐ No	Ataque fulminante	☐ Si ☐ No
Cáncer	☐ Si ☐ No	Glaucomas	☐ Si ☐ No	Presión arterial baja	☐ Si ☐ No	Hinchazón de las extremidades	☐ Si ☐ No
Moretones con facilidad	☐ Si ☐ No	Herpes Genital	☐ Si ☐ No	Enfermedad pulmonar	☐ Si ☐ No	Enfermedad de la Tiroides	☐ Si ☐ No
Quimioterapia	☐ Si ☐ No	Fiebre del heno	☐ Si ☐ No	Prolapso de la válvula mitral	☐ Si ☐ No	Amigdalitis	☐ Si ☐ No
Dolores en el pecho	☐ Si ☐ No	Ataque/Falla del corazón	☐ Si ☐ No	Osteoporosis	☐ Si ☐ No	Tuberculosis	☐ Si ☐ No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	☐ Si ☐ No	Soplo cardíaco	☐ Si ☐ No	Dolor en la articulación de la quijada	☐ Si ☐ No	Tumores o crecimientos	☐ Si ☐ No
Cardiopatía congénita	☐ Si ☐ No	Marcapasos en el Corazón	☐ Si ☐ No	Enfermedad paratiroidea	☐ Si ☐ No	Úlceras	☐ Si ☐ No
Convulsiones	☐ Si ☐ No	Problemas/Enfermedad del corazón	☐ Si ☐ No	Atención Psiquiátrica	☐ Si ☐ No	Enfermedad venérea	☐ Si ☐ No
						La ictericia amarilla	☐ Si ☐ No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____



Fairfax Periodontal Group

Dr. Khalid Choudhary, D.D.S., M.S. & Dr. Joan Howanitz, D.D.S., M.S.

Fairfax Periodontal Group

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Puede negarse a firmar este reconocimiento.

Yo, _____ He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma

Nombre de la(s) persona(s) o entidades a las que se les permite consultar sobre el tratamiento del paciente

Fecha

Sólo Para Uso De Oficina

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ El individuo se negó a firmar
 - ☐ Barreras de comunicación impidieron obtener el reconocimiento.
 - ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
 - ☐ Otro (a) (por favor especifique)
-
-



Fairfax Periodontal Group

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y
CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a brindarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigor (01/05/2006) y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean efectivos para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos el nuevo Aviso a disposición de quienes lo soliciten. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos y divulgamos información de salud sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago por los servicios que le brindamos. Esto incluye la utilización y presentación de reclamaciones por medios electrónicos.

Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los profesionales y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o actividades de acreditación.

Su autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o revelarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos otorga una autorización, podrá revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso.

A su familia y amigos: debemos revelarles su información de salud, como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarlo con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si usted acepta que podemos hacerlo.

Personas involucradas en la atención: Podemos usar o divulgar información de salud para notificar o ayudar en la notificación de (incluida la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su condición general o muerte. Si está presente, antes del uso o divulgación de su información de salud, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud según una determinación que utilice nuestro criterio profesional y divulgaremos solo información de salud que sea directamente relevante para la

participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro criterio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías o formas similares de información de salud.

Servicios de marketing relacionados con la salud: no utilizaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o una posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otros.

Recordatorios de citas: podemos usar o divulgar su información de salud para brindarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales, cartas o correos electrónicos).

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a funcionarios federales autorizados información de salud requerida para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a una institución correccional o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley que tenga la custodia legal la información médica protegida del recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Fotografías o videos: Doctors' Choudhary y Howanitz pueden tomar fotografías o videos de procedimientos dentales con fines didácticos o educativos para estudiantes de odontología, proveedores de atención médica u otras actividades relacionadas con el cuidado de la salud bucal. No se divulgará ninguna información personal excepto la identificación del tratamiento.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no podamos hacerlo en la práctica. (Debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo por gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que figura al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$0.50 por cada página, \$20.00 por hora prorrateada por el tiempo del personal para localizar y copia de su información de salud y gastos de envío si desea que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas).

Contabilidad de divulgación: tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información de salud para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades determinadas, durante los últimos 6 años, pero no antes de agosto. 15 de octubre de 2006. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podremos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Tiene derecho a solicitar que imponamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación alternativa: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. (Debe realizar su solicitud por escrito). Su solicitud debe especificar los medios o la ubicación alternativos y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos según los medios o la ubicación alternativos que solicite.

Enmienda: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. (Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información). Podemos rechazar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para tener Si nos comunicamos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si lo solicita, le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Comuníquese con el gerente de la oficina de Fairfax Periodontal Group

Teléfono: (703)-639-0245 Fax: (703)-890-3007

Dirección: 8260 Willow Oaks Corp Drive, Suite #525 Fairfax, VA 22031