



Delta Dental Forma Paciente de la Información

Le requieren traer los expedients de la inmunización de su niño.

Complete por favor esta forma totalmente. Si usted tiene preguntas, por favor pregunte a miembro del personal de las sonrisas de Dakota. ¡Gracias!

Nombre legal del paciente _____		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) _____	
Numero de Seguridad Social del paciente _____ - _____ - _____			
Escuela atendiendo _____		Grado _____	Edad _____ Sexo (circulo) M F
Partenecia étnica: ¿Cual uno de estos grupos usted diria representa la raza del paciente? (circulo uno)			
Blanco Americano negro o africano Asiatico Indio americano Hispanioc/Latino			
Direccion casera _____			
P.O. de la calle _____		Ciudad _____	Estado _____ Cierre relampago _____
Numeros de telefono: Casa (_____) _____		Trabajo (_____) _____	
Celular (_____) _____		Nota: Las visitas dentales deben empezar a la edad 1.	
Nombres de los padres _____			
Contacto de emergencia: Persona de contacto en caso de una emergencia			
Nombre _____		Relacion al paciente _____	Numero de telefono (_____) _____
Renta: Cuales de estos la mejores representan su renta de casa anual? (circle one)			
Menos de \$10,000		\$10,000-20,000	\$20,000-30,000 Mas de \$30,000
Tamano de la casa: Cuantos niños menos de 21 años de edad viven en su casa? _____			

Historia dental	Si	No	Explique por favor las respuestas
¿Esta es la primera visita dental del paciente?			
¿Si no, cuanto tiempo ha sido desde que visito el dentista?			
¿El paciente tiene que viajar mas de 85 millas para las citas dentales?			
¿El paciente a tenido una experiencia desagradavle en alguna visita dental o oficina medica?			"si" explique por favor
¿El paciente se cepilla los dientes diariamente?			"si" cuantas veces?
¿El paciente usa hilo dental?			"si" cuantas veces?
¿El paciente bebe soda o otras bebidas azucaradas?			¿Cuantas bebe por dia?
¿El paciente bebe al diario la leche?			¿Cuantas veces por dia?
¿El dolor dental ha hecho a usted o su niño faltar la escuela o trabajo en el año pasado?			"si", circule – escuela trabajo ambos ¿Cuantas veces?
¿El paciente ha visitado el hospital para el dolor dental en el año pasado?			¿Cuantas veces?

Razon de la visita: Comprueba cualquiera que se aplica (✓)			
☐ Primera Examinacion	☐ Accidente a los dientes	☐ Examen rutinario	☐ Otro (especifique)
☐ Dolor de diente	☐ El sangrar alrededor de los dientes	☐ Aspecto de los dientes	_____
☐ Dolor de la boca/hinchazon de la cara	☐ No podia producir cuidado dental	☐ No podia conseguir cita	

Historial medico	Si	No	Explique por favor "si" las respuestas
¿El paciente tiene una condicion medica actual?			
¿Han diagnosticado al paciente con autism?			
¿El paciente esta tomando medicaciones?			
¿Han hospitalizado o atendido cirugia el paciente?			
¿El paciente tiene alergias?			
¿La inmunizacion (tiros) contro poliomyelitis de DPT (difteria, tos ferina, tetanus), el sarampion, paperas, y el sarampion aleman protégé al paciente actualmente? Los expedients requirieron.			
¿El paciente tiene necesidades especiales que requirieran los arreglos especiales para el cuidado dental?			

Nombre de dentista _____ Nombre de doctor _____ Fecha del ultimo medico de examen _____

¿El paciente tiene una historia de o tenia dificultad con el siguiente? Compruebe cualquiera que se aplica(✓)			
☐ Alergia del latex	☐ Anemia	☐ Diabetes	☐ Mono
☐ SIDA/VIH	☐ Asma	☐ El desmayarse	☐ Paperas
☐ Asimientos de la epilepsia	☐ Problemas de la vejiga	☐ Problemas de la audiciencia	☐ Fiebre reumatica
☐ Excesivo de la sangria	☐ Defectos de nacimiento	☐ Problemas del corazon	☐ Disordenes intestinales del estomago
☐ Infecciones del oido	☐ Cancer	☐ Hepatitis	☐ Tuberculosis
☐ Infecciones del los ojos	☐ Paralisis cerebral	☐ Enfermedad del rinon	☐ Otros _____
☐ Problemas del sino	☐ Pox del pollo	☐ Enfermedad del higado	
☐ Gargantas Doloridas	☐ Convulsiones	☐ Sarampion	☐ Podia la paciente estar embarazada
Por favor explica "si) respuestas: _____			

Comportamiento del paciente	Si	No	Explique por favor "si" las respuestas
El paciente usa productos de tobacco? (cigarrillos, masticando el tabaco)?			
¿Cualquier persona fuma en la casa?			
¿Usted piensa que el paciente está utilizando el alcohol y/o las drogas?			
¿Usted ha notado cambios importantes en el comportamiento del paciente, el retiro, la ansiedad, los grados, los humores, las amistades, los pasatiempos?			

Seguro: Circunde por favor cualquiera que se aplica. Si Medicaid o el seguro dental privado, indica por favor el número de Medicaid o el número de la política en el espacio proporcionado. Debe proporcionar una copia de su tarjeta del seguro dental si fuera aplicable.			
Medicaid/ SCHIP	Seguro Dental privado	IHS	Ninguno
Número de la política/ número de Medicaid _____		Reservacion(IHS) _____	

Nombre del seguro dental: _____ # de la politica _____ # grupo _____
 Direccion del seguro: _____ # Telefono _____
 Nombre de su lugar de trabajo : _____

➡ Padre/firma legal del guarda _____ Fecha _____



Nota HIPAA de practicas de privacidad Delta Dental programa móvil

Este aviso es efectivo 23 de septiembre de 2013

CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Esta notificación es necesaria por ley para informarle de cómo Delta Dental protege la confidencialidad de su información de salud en nuestra posesión. Información de salud protegida (PHI) se define como información identificable individualmente con respecto a la historia de salud del paciente, condición mental o física o tratamiento. Algunos ejemplos de PHI incluyen su nombre, dirección, número de teléfono y/o fax, dirección de correo electrónico, número de seguro social u otros número de identificación, fecha de nacimiento, fecha de tratamiento, registros de tratamiento, rayos x y registros de reclamaciones. Delta Dental recibe, utiliza y divulga su PHI según lo requerido por la ley. Queda prohibida cualquier otra divulgación de su PHI sin su autorización.

Seguir los requisitos de privacidad de estado y prácticas de privacidad descritas en este aviso y federales. Delta Dental reserva el derecho de cambiar nuestra práctica de privacidad eficaz para todos los PHI mantenida. Vamos a actualizar este aviso si hay cambios materiales y redistribuirlo a usted dentro de 60 días del cambio de nuestras prácticas. También puntualmente publicaremos un aviso modificado en nuestro sitio Web. Una copia se puede solicitar en cualquier momento poniéndose en contacto con la dirección o número de teléfono al final de este aviso. Debe recibir una copia de este aviso en el momento de la participación en un programa de Delta Dental.

USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI

Usos y divulgaciones de su PHI para operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud

Su autorización expresa no se requiere revelar información sobre ti mismo, o con fines de tratamiento médico, pago de reclamaciones y otras operaciones de atención médica. En la medida permitida por la ley, podemos divulgar PHI a afiliados de terceros que realizan servicios de Delta Dental y que han firmado un contrato a proteger la confidencialidad de su PHI y han implementado políticas de privacidad y procedimientos que cumplen con las leyes federales y estatales aplicables.

Algunos ejemplos de divulgación y uso para tratamiento, pago u operaciones de: procesamiento de sus reclamaciones, que recoge información de inscripción, revisar la calidad de la atención sanitaria que reciba, proporcionar servicio al cliente, resolver sus quejas y compartir información con otras aseguradoras. Algunos otros ejemplos son:

- Usos y/o divulgaciones de PHI para facilitar el tratamiento. *Por ejemplo, Delta Dental puede usar o divulgar su PHI para determinar la elegibilidad para los servicios solicitados por el proveedor de.*
- Usos y/o divulgaciones de PHI para el pago. *Por ejemplo, Delta Dental puede usar y divulgar su PHI para usted o su patrocinador del plan de la cuenta.*
- Usos y/o divulgaciones de PHI para operaciones de atención médica. *Por ejemplo, Delta Dental puede usar y divulgar su PHI para revisar la calidad de la atención proporcionada por nuestra red de proveedores.*

Otros usos permitidos y divulgaciones sin autorización

Estamos autorizados a revelar su PHI a su petición o a su representante personal (con ciertas excepciones) cuando sea requerido por el U. S. Secretaría de salud y servicios humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con la ley y cuando la ley exija lo contrario. Delta Dental puede divulgar su PHI sin su autorización previa en respuesta a las siguientes:

- Orden de la corte;
- Orden de una junta, Comisión o agencia administrativa a efectos de la adjudicación en virtud de su autoridad legítima;
- Citación en una acción civil;
- Citación investigativa de una Junta de gobierno, Comisión o agencia;
- Citación en un arbitraje;
- Orden de registro de aplicación de la ley; o
- Solicitud del médico forense durante las investigaciones.

Otros ejemplos: para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, otra persona o un representante personal de su condición; para ayudar en los esfuerzos de alivio de desastres; a las víctimas del informe de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades competentes; para propósitos de donación de órganos; para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad; para funciones gubernamentales especializadas como las actividades militares y de veteranos; y para fines de compensación. Información también puede ser identificada o resumida por lo que no puede ser rastreado a usted y, en casos seleccionados, para fines de investigación con la supervisión adecuada.

Hace Delta Dental de divulgaciones con su autorización

Delta Dental no usar o divulgar su PHI sin su autorización previa por escrito a menos que lo permita la ley. Más adelante podrá revocar dicha autorización, por escrito, para detener el futuro uso y divulgación. Se obtendrá la autorización de usted por Delta Dental o por una persona que solicita su PHI de Delta Dental.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A PHI

Usted tiene el derecho a solicitar una inspección y obtener una copia de su PHI.

Puede acceder a su PHI por ponerse en contacto con Delta Dental a la dirección en la parte inferior de este aviso. Debe incluir (1) su nombre, dirección, número de teléfono y (2) la PHI que está solicitando. Delta Dental puede cobrar un honorario razonable para proporcionarle copias de su PHI. Delta Dental sólo mantendrá PHI que obtener o utilizar en la prestación de cuidado de su salud. PHI la mayoría, como registros de tratamiento

o rayos x, se devuelve por Delta Dental al dentista después de que hemos completado nuestra revisión de la información. Puede que necesite ponerse en contacto con su médico para obtener la PHI que Delta Dental no posee. No puede inspeccionar o copiar la PHI compilada en anticipación razonable de o uso en, una acción civil, criminal o administrativa o procedimiento o PHI que es de otra manera no sujetos a divulgación bajo la ley federal o estatal. En algunas circunstancias, puede tener derecho a esta decisión revisada. Por favor, póngase en contacto con Delta Dental como se indica a continuación si usted tiene preguntas acerca del acceso a su PHI.

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su PHI.

Usted tiene derecho a pedir que limitamos cómo usar y divulgar su PHI, sin embargo, usted puede no restringir nuestra legales o permitidos usos y divulgaciones de PHI. Mientras que nosotros consideraremos su solicitud, no estamos legalmente obligados a aceptar esas solicitudes que razonablemente no podemos implementar o cumplir durante una emergencia. Si aceptamos su solicitud, vamos a poner nuestro conocimiento la escritura.

Usted tiene el derecho de corregir o actualizar su PHI.

Usted puede solicitar para hacer una enmienda de PHI que mantenemos acerca de usted. En ciertos casos, podríamos negar su petición para una enmienda. Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nos puede preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación. Si su PHI fue enviado a nosotros por otro, podemos referirle a esa persona para enmendar su PHI. Por favor, póngase en contacto con Delta Dental como se señaló en el final de este aviso si usted tiene preguntas sobre la modificación de su PHI.

Usted tiene el derecho a optar por Delta Dental usando su PHI para recaudación de fondos y marketing.

Delta Dental no utilizar su PHI para comercialización o con fines de recaudación de fondos. Si cambiamos nuestra práctica, debemos darle la oportunidad de optar. Podemos enviarle boletines o información sobre el programa.

Usted tiene el derecho de solicitar o recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una dirección diferente.

Suplente o comunicación confidencial está disponible si la divulgación de su PHI a la dirección de archivo podría poner en peligro te. Es necesario que nos proporcione una declaración de posible peligro, así como especificar una dirección diferente o cualquier otro método de contacto. Por favor hacer la solicitud por escrito a la dirección indicada al final de este aviso.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, en su caso, de su PHI.

Usted tiene derecho a una contabilidad de accesos con algunas restricciones. Este derecho no se aplica a las divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o información que divulgó después de que recibimos una autorización válida de usted. Además, no tenemos cuentas por divulgaciones hechas a usted, a familiares o amigos involucrados en su atención, o para fines de notificación. No necesitamos tener en cuenta divulgaciones hechas por razones de seguridad nacional, ciertos fines de la aplicación de la ley o revelaciones como parte de un conjunto limitado de datos. Contacte con nosotros en el número al final de este aviso si usted le gustaría recibir una contabilidad de accesos o si tiene preguntas sobre este derecho.

Usted tiene derecho a recibir este aviso por correo electrónico.

Una copia de este aviso es publicada en el sitio web de Delta Dental. También puede solicitar una copia del correo electrónico o copia impresa de esta notificación llamando al número que Delta Dental aparece en la parte inferior de este aviso.

Usted tiene el derecho a notificar a raíz de un incumplimiento de información de salud protegida.

Delta Dental le notificará por escrito a la dirección de archivo, si descubrimos que hemos comprometido la privacidad de su PHI.

QUEJAS

Puede presentar una queja a Delta Dental o para el u. S. Secretaria de salud y servicios humanos si usted cree que Delta Dental ha violado sus derechos de privacidad. Pueden presentar quejas a Delta Dental notificando el contacto a continuación. No tacionaremos contra usted por presentar una queja.

CONTACTO

Puede contactar con Delta Dental en 877-841-1478, o puede escribir a la dirección que aparece a continuación para más información sobre el proceso de la queja o la información contenida en este aviso.

Delta Dental gratuito: 877-841-1478
PO Box 1157 teléfono: 605-224-7345
Deltadentalsd.com Pierre, SD 57501

Ayuda con el idioma Para obtener ayuda, por favor llame a Delta Dental y lo conectará con un traductor.

Resumen de los cambios a este aviso (a partir del 23 de septiembre de 2013):

- Deber de actualización Delta Dental para notificar a los individuos afectados si una violación de su PHI se produce.
- Aclaró que Delta Dental no lo hace y no venderá su información personal sin su autorización expresa por escrito.
- Aclarar varios casos donde la ley exige autorización para usar y divulgar su información (por ejemplo, recaudación de fondos y marketing como se señaló anteriormente).