



American Indian Health & Services

4141 State Street Suite B11 Santa Barbara, CA 93110-2829 (805) 696-1002

Departamento de Salud Oral

Historial Confidencial de Salud Dental

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

I. Circule la respuesta correcta

1. Su estado de salud en general es bueno? Sí / No

Nó, explique

2. Há cambiado su estado de salud en el último año? Sí / No

Sí, explique

3. Há estado hospitalizado o ingresado una Sala de Emergencia, o tenido alguna enfermedad grave durante los últimos tres años? Sí / No

Sí, explique

4. Está siendo tratado por un doctor actualmente? Sí / No

Sí, explique

Fecha de último exámen médico? Motivo del exámen

5. Há tenido problemas con algún tratamiento dental anterior? Sí / No

Sí, explique

6. Fecha del último exámen dental. Nombre del último doctor que lo trató.

7. Tiene dolor ahora? Sí / No

Sí, explique



American Indian Health & Services

4141 State Street Suite B11 Santa Barbara, CA 93110-2829 (805) 696-1002

Departamento de Salud Oral

Historial Confidencial de Salud Dental

II. Há presentado alguno de los siguientes síntomas? (Por favor marque)

- | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en el pecho (angina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vomita con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Episodio de desmayo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangre en heces fecales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ictericia (piel amarilla) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso excesiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea o constipación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Boca seca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orina con frecuencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad al orinar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Timbrido en los oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudoración nocturna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tobillos inflamados |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos persistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor articulaciones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vomita sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Visión borrosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Le falta el aire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de hemorragia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se hace moretes fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de sinusitis |

III. Há presentado ó tiene alguno de los siguientes síntomas? (Por favor marque)

- | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arteroesclerosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historial familiar del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirujías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema pulmonar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulación artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hospitalizaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de riñón o vejiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas estomacales o úlceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parálisis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defectos del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historial familiar diabético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desorden alimenticio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Murmuración del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumores or Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quimioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radiación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer o fuegos labiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad ocular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transplantes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |

Esta información no sera liberada amenos que sea autorizada especificamente por el paciente

- | Sí | No | | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento trastorno emosional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA/VIH |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad |

IV. Alérgico a algo (ejem. medicamentos, alimentos)? (Por favor enliste):

V. Está tomando o há tomado cualquiera de estos en los últimos tres meses? (Por favor marque)

- | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drogas recreativas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corticoesteroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tabaco (cualquier tipo) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bisfosfonatos (Fosamax) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antibióticos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina | | | | | | |

Por favor anote todos los medicamentos que este tomando actualmente:



American Indian Health & Services

4141 State Street Suite B11 Santa Barbara, CA 93110-2829 (805) 696-1002

Departamento de Salud Oral

Historial Confidencial de Salud Dental

VI. Mujeres solamente (*Por favor marque*)

Sí **No**

- Está o podría estar embarazada? Sí, cuántos meses? _____
- Está dando pecho?
- Está tomando alguna píldora anticonceptiva?

VII. Todos los pacientes (*Por favor marque*)

Sí **No**

- Tiene o ha tenido alguna enfermedad o problema médico NO mencionado en éste formulario?

Sí,explíquese: _____

Sí **No**

- Alguna vez ha sido pre-medicado para algun tratamiento dental?

Sí, explíquese: _____

La Práctica del Dentista implica el tratamiento de la salud de la persona en general. Si el dentista determina que pudiera existir alguna situacion médica potencialmente comprometedora, sera necesaria una consulta médica antes del comienzo de su tratamiento dental. Doy mi permiso al Dentista que contacte a mi Médico de cabecera.

Nombre del Doctor _____ Numero Telefonico _____

Certifico que he leído y entendido este formulario, a mi leal saber. Yo he contestado cada pregunta completamente y adecuadamente. Yo informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicamentos. Mas delante, yo deslindo a mi Dentista, o cualquier otro miembro de su clínica, de cualquier responsibilidad, o errors, u omisiones que yo haya podido tener al completar este formulario.

Firma del Paciente (Padre o Guardián) _____ Fecha _____

Firma del Dentista _____ Fecha _____



American Indian Health & Services

4141 State Street Suite B11 Santa Barbara, CA 93110-2829 (805) 696-1002

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Modificación del Plan de Tratamiento, Estoy enterado:

- Entiendo que durante el tratamiento será necesario modificar o añadir procedimientos mientras se da el cuidado a mis dientes debido a nuevos resultados que no hayan sido descubiertos durante la examinación.
- Entiendo que se me informará acerca de estos cambios antes de comenzar el tratamiento clínico.

Fármacos y Medicamentos, Estoy enterado:

- Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden ser utilizados durante el transcurso de mi tratamiento. Estos fármacos pueden provocar complicaciones de sensibilidad y reacciones alérgicas causando: enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).
- Doy mi permiso al dentista para que haga uso de cualquier fármaco, cualquier/todos los cambios, añadiduras necesarias y protocolo de resucitación según sea necesario.

Radiografías (Rayos-X), Estoy enterado:

- Recibiré el procedimiento boca llena serie de radiografías dentales cada cinco años para obtener más información de diagnóstico y documentación para mis dientes y el tejido escleroso.
- Recibiré exámenes de rayos-x periódicamente para la corrección y diagnóstico exacto de mis dientes.
- Doy permiso para el diagnóstico de los rayos-x tan frecuente como sea ordenado por el doctor.
- Todas las precauciones necesarias serán tomadas para minimizar la exposición a la radiación.

Rellenos, Estoy enterado:

- Rellenos compuestos de plástico y amalgama no son permanentes y algún día tendrían que ser reemplazados debido a su deterioración y/o fractura del mismo.
- Debo evitar morder mi lengua, cachete o labio mientras esté bajo los efectos de la anestesia local.
- No debo masticar nada duro por 24 horas.
- Sensibilidad al frío y calor son reacciones normales después de los nuevos rellenos.
- Otras complicaciones pudieran ocurrir, lo cual pudiera resultar en una extracción de diente o terapia de conducto radicular.

Chapas (Vinculación), Estoy enterado:

- Restauraciones de chapas de plástico y porcelana están sujetas a fallas de decoloración, astillamiento y quebrantamiento.
- No debo masticar nada duro con estos materiales.

AIH&S FORM 3.0

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ RPMS# _____

Dentrix# _____ Diagnóstico _____ Page 1



American Indian Health & Services

4141 State Street Suite B11 Santa Barbara, CA 93110-2829 (805) 696-1002

- Igualar el color natural de los dientes pudiera no ser posible.

Coronas y Puentes, Estoy enterado:

- Igualar el color natural de los dientes pudiera no ser posible.
- Pudiera ocurrir fractura de la porcelana.
- Las complicaciones incluyen: inflamación de encías, recesión de encías, abscesos y/o fractura de la dentadura.
- Se pueden colocar coronas temporales, las cuales se quita fácilmente.
- Higiene oral pudiera afectar la longevidad de las coronas.
- Yo pudiera sufrir molestia en los músculos y articulaciones de los dientes al morder, y masticar.
- Usualmente se necesita de dos semanas o más para que sane y se acomode la nueva corona.

Dentaduras y Parciales, Estoy enterado:

- Las dentaduras artificiales están contruídas de materials que pueden fallar.
- Pueden ocurrir problemás relacionados con la dentadura tal como: dolor, aflojamiento, deterioración del habla y al másticar.
- Las dentaduras requieren forraje periódicamente.
- Tendré la oportunidad de aprobar todos los aspectos de mi dentadura antes de que se procese.
- Los dientes encimados pueden deteriorarse o caerse.

Tratamiento Endodóntico (*Conducto Radicular*), Estoy enterado:

- La terapia no siempre funciona, y pudiera haber perdida de un diente.
- Entiendo que los rayos-x periodicamente son necesarios para determinar la curación.
- Complicación del sinus y parestecia pudieran ocurrir.
- Pudiera ocurrir fractura del diente o su recuperación.
- Procedimientos quirurjicos pudieran ser necesarios despues de una terapia de endodoncia.
- Pudiera haber síntomas despues de la terapia, como suceptibilidad a la percusion, inflamación caliente o fria.

Cirujia Oral, Estoy enterado:

- Complicación de sinusitis y parestesia(hormigueo) pudieran ocurrir.
- Pudiera ocurrir fractura de la quijada, dientes adyacentes, o restauración de los mismos, seguido por tratamiento futuro.
- Pudiera presentar síntomas como: dolor, inflamación, moretes, sangrado o nausea.

AIH&S FORM 3.0

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **RPMS#** _____

Dentrix# _____ **Diagnóstico** _____ Page 2



American Indian Health & Services

4141 State Street Suite B11 Santa Barbara, CA 93110-2829 (805) 696-1002

- Infecciones postoperatorias pudieran ocurrir.
- Me han explicado las alternativas de extracción, incluyendo terapia del conducto radicular y terapia periodontal.
- Podria necesitar tratamiento futuro con un especialista

Tratamiento Periodontal, Estoy enterado:

- Yo tengo la enfermedad periodontal y pudiera perder un diente.
- Se me ha informado de los métodos alternativos que pudieran existir para mi tratamiento, incluyendo terapia de mantenimiento y extracción.
- Entiendo que de no ser tratado los riesgos pudieran ser: perdida de dientes, recesión de encía, halitosis, abscesos, desplazamiento de dientes, y progresión de la enfermedad periodontal en un futuro.
- Riesgos de la terapia incluyen: dolor, inflamación, sensibilidad termal, recesión, infección, desplazamiento de dientes, impactación de alimentos entre otros.
- Síntomas despues de la terapia, suceptibilidad a la percusión, inflamación caliente o fría.
- Seguiré las técnicas preventivas en el hogar y el régimen de tratamiento de acuerdo al personal medico.
- Omisión de cualquiera de estas recomendaciones pudiera conllevar a finalizar mi cuidado con ésta clínica.
- He recibido un manual de instrucciones acerca de el tratamiento casero del cuidado de la enfermedad periodontal y su reconocimiento.

Sin Garantía

Entiendo que la clínica de Dentista y Cirujia no es una ciencia exacta; por lo tanto los practicantes acreditados no pueden garantizar resultados. Reconozco que nadie me ha garantizado o cerciorado nada acerca del tratamiento, el cual yo hé requerido y autorizado.

Certifico que he leído y completamente comprendido este Consetimiento Informado para Tratamiendo Dental. Cualquier cosa que yo no haya entendido me ha sido explicada.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE**INFORMACIÓN DEL PACIENTE ESTA SECCIÓN SE REFIERE AL PACIENTE SOLAMENTE**

Apellido: _____ nombre: _____ Segundo nombre: _____

N.º de seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Empleador: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo**Idioma preferido:** _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No **Preferencia religiosa:** _____**Raza:** Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Afroamericano o negro
 Nativo de las Islas del Pacífico de Hawai u otra Blanco Desconocido / no quiso contestar**Etnia:** Hispano o Latino No Hispano o Latino Se desconoce / no quiso contestar a

Teléfono de día: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de casa: (____) _____

Mejor teléfono para llamarle: Día Celular Casa ¿Está bien dejar un mensaje en cualquiera de los números? _____**Método preferido de comunicación:** Teléfono Mensaje de Texto Correo electrónico No notificar: / Optar por

Si prefiere llamada o mensaje de texto, por favor proporcione el número: _____

Nombre del médico de atención primaria (si corresponde): _____

PERSONA RESPONSABLE: SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Relación con el paciente: _____ (presente un documento de identidad con fotografía para que pueda hacer una fotocopia)

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA**Nombre de contacto de emergencia:** _____ Teléfono _____

Dirección: _____ Relación: _____

Nombre del familiar más cercano: _____ Teléfono _____

Dirección: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN FAMILIARTamaño de la familia: _____ Ingresos: _____ Ciclo de Ingresos: semanal mensual anual

Apellido de la madre: _____ Nombre: _____ Nombre de soltera: _____

MRN:

Como Centro de Salud Federalmente Calificado y con el fin de mantener nuestros servicios asequibles, AIH&S recibe subvenciones. Para tener derecho a estos recursos debemos recopilar la siguiente información sobre todos nuestros clientes. Por favor apoye HAI&S, respondiendo a todas las preguntas.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Presente todas las tarjetas de seguro actuales para que podamos hacer una fotocopia

Cobertura de seguro primario: _____

Cobertura de seguro secundario: _____

Si usted tiene seguro privado y es dependiente con el seguro de otra persona, necesitaremos la siguiente:

Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Los pacientes no asegurados: Existen programas disponibles para los pacientes que no tienen seguro o con seguro insuficiente. Por favor, póngase en contacto con un miembro de personal de la oficina o llame a nuestra clínica al (805) 681-7144 para más información.

Es usted un veterano de los EE.UU.: Sí No **Usted tiene una directiva anticipada:** Sí No

En caso afirmativo, especifique el nombre del documento: _____

Usted actualmente no tiene hogar: Sí No *En caso afirmativo, indique si usted es:*
 Compartido Refugio Calle Transición

Eres un trabajador inmigrante: Sí No *En caso afirmativo, indique si usted es:* Estacional Inmigrante

Si usted es miembro de una Tribu Nativo Americana o de Alaska, proporcione el nombre de la tribu y una copia de la documentación de su membresía. **Tribu(s)** _____

Divulgación de información / Asignación de Beneficios: American Indian Health & Services tiene mi permiso para divulgar la información según sea necesario para procesar los seguros y para que mi seguro libere el pago a American Indian Health & Services.

AUTORIZO TRATAMIENTO: Por la presente otorgo autorización y consentimiento para el tratamiento médico para mí o para el paciente del que soy padre o representante legal, por quien estoy firmando.

Firma del paciente o tutor, si el paciente es menor de edad

Fecha

Nombre del Padre/Guardián en letra de molde

Relación de Guardián con el paciente

Office Use Only: Toolkit provided / Verified receipt of Toolkit

Verified Patient Information Collected Photo ID/Insurance Card(s) Staff Initials: _____



American Indian Health & Services

4141 State Street, Suite B-11, Santa Barbara, CA 93110 Phone: (805) 681-7356 | Fax: (805) 681-7358

MRN: _____

REMINDER CALLS

As a courtesy, American Indian Health & Services will call to remind you of your appointment. Reminder calls are made two business days before your scheduled appointment. You will receive an automated reminder call by phone. Please contact a front office staff member if you prefer to receive a text, email or opt-out.

NO-SHOW POLICY

Broken appointments are ill-advised. They may be unsafe for you and make it hard for us to care for you. If you are unable to keep an appointment, you must notify us at least 24 hours in advance so that we may make the time available for another patient in need of care. If you do not notify us at least 24 hours in advance we consider you to have no-showed for your appointment.

Our policy is to deny scheduled appointments for 30 days for patients who have no-showed 3 consecutive times. After the 30 days have passed you are able to schedule appointments again. If you need to see your care team during the 30 days you may contact us for the possibility of a same day visit. There is no guarantee a same day visit will be available.

Executive Director Signature: _____

Patient Name (please print): _____ Date of Birth: _____

Patient Signature: _____ Date _____

(Parent/Guardian Signature if under age 18)



American Indian Health & Services

4141 State Street, Suite B-11, Santa Barbara, CA 93110 Phone: (805) 681-7356 | Fax: (805) 681-7358

MRN: _____

LAS LLAMADAS DE RECORDATORIO

Como cortesía, American Indian Health & Services le llamará para recordarle de su cita. Las llamadas de recordatorio se realizan dos días hábiles antes de su cita programada. Usted recibirá una llamada de recordatorio automática por teléfono. Si usted prefiere recibir un mensaje de texto, correo electrónico o no recibir la llamada, por favor, póngase en contacto con el personal de la oficina.

POLÍTICA EN CASO DE NO PRESENTARSE

Desaconsejamos faltar a su cita. Puede ser peligroso para usted y hacer que sea difícil para nosotros cuidar de usted. Si usted no puede asistir a una cita, debe notificarnos con al menos 24 horas de antelación para que podamos disponer del tiempo para otro paciente que necesite atención. Si no nos informa con al menos 24 horas de antelación, consideramos que ha faltado a su cita.

Nuestra política es negar la programación de citas durante 30 días a los pacientes que no se presentaron a su cita durante 3 veces consecutivas. Después de que los 30 días haya pasado podrá programar una cita de nuevo. Si necesita ver a su equipo de cuidados durante los 30 días puede ponerse en contacto con nosotros para evaluar la posibilidad de una visita el mismo día. No ofrecemos garantía de que habrá una hora disponible para una visita el mismo día.

Firma del director ejecutivo: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

(Firma del padre/tutor legal si es menor de 18 años)

**AMERICAN INDIAN HEALTH & SERVICES
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ACUSE DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el "Aviso de prácticas de privacidad" del American Indian Health & Services (AIHS). Nuestro "Aviso de Privacidad" le indica cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI). Le recomendamos que lo lea en su totalidad. El siguiente es un resumen de las razones por las que podemos usar o divulgar su información:

Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento médico, y para organizar y coordinar su atención médica; para recibir pago por nuestros servicios; y llevar a cabo nuestras operaciones de cuidado de la salud, incluyendo garantizar calidad, la recaudación de fondos, y la administración general. Podemos revelar su información de salud por una variedad de fines de interés público, según lo requiera o permita la ley. Obtendremos su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud para fines distintos. Hay circunstancias en las que la información sobre su salud no será compartida a menos que entregue su permiso previamente para que ésta pueda ser compartida; por ejemplo, cuando usted recibe servicios de una agencia de tratamiento de abuso de sustancias.

Podemos cambiar nuestro "Aviso de prácticas de privacidad". Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso modificado poniéndose en contacto con nosotros al teléfono (805) 681-7356. Si desea presentar una queja en relación con el uso, la divulgación o el acceso a su PHI, usted puede presentar una queja por escrito a AIHS en 4141 State Street, Ste. B-11, Santa Barbara, CA 93110 o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. La presentación de una queja no afectará el estatus de los pacientes con o al cuidado de AIHS.

Reconozco haber recibido una copia de "Aviso de prácticas de privacidad" del American Indian Health & Services.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Paciente / Representante Legal)

Si es firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(Representante legal)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

INCAPACIDAD PARA OBTENER UN ACUSE DE RECIBO

Complete solo si no obtuvo la firma. Si no es posible obtener el reconocimiento de la persona, describa los esfuerzos de buena fe realizados para recibir el reconocimiento de la persona, que finalmente no se obtuvieron.

Razones por las cuales no se pudo obtener el reconocimiento.

_____ El paciente se negó a firmar este Reconocimiento a pesar de que se le pidió hacerlo y el paciente recibió el aviso de privacidad.

_____ Otro: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Rep AIHS: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE

American Indian Health & Services (AIHS, por sus siglas en inglés) y sus empleados están dedicados a mantener la privacidad de su información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés), como lo exigen las leyes federales y estatales aplicables. Estas leyes requieren que le entreguemos este Aviso de Prácticas de Privacidad, además de informarle sus derechos y nuestras obligaciones relacionadas con la información médica protegida, o PHI, que es la información que le identifica y se refiere a su estado de salud física o mental. Además estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen a continuación, durante la vigencia de este Aviso. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generada o mantenidos por AIHS.

A. DIVULGACIONES PERMITIDAS PARA SU PHI. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en las que podemos usar y revelar su información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías. Podemos divulgar su PHI por las siguientes razones:

1. **TRATAMIENTO.** Podemos divulgar su PHI a un médico u otro profesional de la salud que le proporcione tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a los médicos, profesionales de la salud mental, enfermeras, técnicos o personal que se encuentre involucrado en la administración de su cuidado. Los diferentes departamentos de AIHS pueden compartir información médica suya con la finalidad de coordinar los diferentes elementos, como recetas, análisis de laboratorio, asesoramiento en nutrición y de salud mental.
2. **PAGO.** Podemos divulgar su PHI para facturar y cobrar por los servicios que le entreguemos. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted o a un tercero por la prestación de nuestros servicios. La factura puede contener información que lo identifique, su diagnóstico y los procedimientos y materiales utilizados. Es posible que tengamos que revelar esta información a las compañías de seguros para establecer su elegibilidad a los beneficios del seguro. También podemos proporcionar su PHI a nuestros socios de negocios, como compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamos y otras que procesan nuestros reclamos de atención médica.
3. **OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.** Podemos revelar su PHI en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación de calidad, revisión de la competencia o cualificación de los profesionales de la salud, evaluación de desempeño de los proveedores, y otras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que una cita para recibir tratamiento en AIHS. Podemos utilizar su PHI para evaluar los

servicios de atención médica que ha recibido. También podemos proporcionar su PHI a contadores, abogados, consultores y otros para garantizar nuestro cumplimiento con las leyes que nos rigen. También podemos eliminar información que lo identifique de un conjunto de registros para que otros lo puedan usar con el fin de evaluar la atención médica y la prestación de atención médica sin conocer la identidad del paciente.

4. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA.** Podemos revelar su PHI si necesita tratamiento de emergencia o si no puede comunicarse con nosotros.
5. **FAMILIARES Y AMIGOS.** Podemos revelar su PHI a un miembro de su familia, un amigo o cualquier otra persona que se identifique como una persona implicada en su cuidado o el pago de la atención, a menos que usted se oponga por escrito.
6. **REQUERIDO POR LA LEY.** Podemos revelar su PHI con fines de la aplicación de la ley y según lo requiere la ley estatal o federal. Por ejemplo, la ley puede exigirnos reportar los casos de abuso, negligencia o violencia doméstica; reportar ciertas lesiones tales como heridas de bala; o divulgar la PHI para ayudar a la policía a localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida. Le informaremos a usted o su representante, en caso de divulgar su PHI porque creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, a menos que se determine que informarle a usted o su representante lo colocaría en situación de riesgo.
7. **DEMANDAS Y DISPUTAS.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, nosotros podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una petición de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte involucrada en la disputa, pero solamente si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud (la cual podemos incluir en un aviso por escrito) o para obtener una orden para proteger la información solicitada.
8. **AMENAZA GRAVE A LA SALUD O LA SEGURIDAD.** Podemos revelar su PHI si los consideramos necesario para evitar una amenaza grave para la salud y seguridad suya o del público.
9. **SALUD PÚBLICA.** Podemos revelar su PHI para la salud pública u otras autoridades encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o esté encargada de la recolección de datos de salud pública.
10. **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD.** Podemos revelar su PHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías; investigaciones o procedimientos civiles, administrativas o penales; inspecciones; licencias o medidas disciplinarias; u otras actividades necesarias para la supervisión del sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
11. **ACTIVIDADES PARA RECAUDAR FONDOS.** Podemos utilizar la información sobre el usuario o revelar dicha información a una fundación relacionada con AIHS, ponernos en contacto con usted con la finalidad de recaudar dinero para AIHS y sus operaciones. En tales casos, sólo se entregaría la información de contacto, tal como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas de su tratamiento o servicios recibidos en AIHS. Usted tiene derecho de optar por no recibir

comunicaciones con el fin de recaudar fondos. Si recibe una comunicación de recaudación de fondos, le dirá cómo optar por no recibirlas o puede hacerlo por escrito a la dirección indicada al final de este Aviso.

12. **INVESTIGACIÓN.** Podemos revelar su PHI para ciertos propósitos de investigación, pero sólo si tenemos protecciones y protocolos que garanticen la privacidad de su PHI.
13. **COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES.** Podemos revelar su PHI para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores u otros programas similares.
14. **ACTIVIDADES GUBERNAMENTALES ESPECIALIZADAS.** Si usted es militar activo o un veterano, podemos revelar su PHI cuando sea necesario divulgar la PHI a funcionarios federales autorizados para la realización de otras actividades de seguridad nacional o de inteligencia.
15. **DONACIÓN DE ÓRGANOS.** Si usted es un donador de órganos, o no ha indicado que no desea ser donador, podremos divulgar su PHI a organizaciones que recolectan órganos para facilitar la donación de ojos, órganos o tejido y el trasplante.
16. **MÉDICOS FORENSES, DIRECTORES DE FUNERARIAS.** Podemos revelar su PHI a médicos forenses con el fin de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte, y a los directores de funerarias para que puedan realizar sus funciones.
17. **ALIVIO DE DESASTRES.** A menos que usted se oponga, podemos revelar su PHI a una agencia gubernamental o entidad privada (como FEMA o la Cruz Roja) para asistir en las tareas de socorro.

B. DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

1. **DE LO CONTRARIO NO PERMITIDAS.** En cualquier otra situación no descrita en la Sección A anterior, no podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito.
2. **NOTAS DE PSICOTERAPIA.** Las notas de psicoterapia se refiere a notas registradas por un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de asesoría privada o en grupo, asesoría conjunta o familiar y que están separadas del resto del historial médico de la persona. Las notas de psicoterapia excluyen las recetas de medicamentos y el monitoreo, inicio de la sesión de asesoría y su término, las modalidades y la frecuencia de los tratamientos proporcionados, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes elementos: el diagnóstico, estado funcional, el plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha. Debemos recibir su autorización por escrito para divulgar las notas de psicoterapia, a excepción de ciertas actividades de tratamiento, pago o atención médica. Podemos divulgar sus notas de psicoterapia según lo requiere la ley.
3. **COMERCIALIZACIÓN Y VENTA DE PHI.** Debemos recibir su autorización por escrito para cualquier divulgación de su PHI para fines de marketing o cualquier divulgación que sea una venta de PHI.

C. SUS DERECHOS

1. **DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso.
2. **DERECHO DE ACCESO A LA PHI.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI durante el tiempo que mantengamos su registro médico. Esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso al Oficial de Privacidad en la dirección indicada al final de este aviso. Podemos cobrarle una tarifa razonable por la tramitación de su solicitud y la copia de su registro médico de conformidad con el Estado de California. En ciertas circunstancias, podemos rechazar su solicitud de acceso a su PHI, y usted puede solicitar que reconsideremos nuestra negativa. Dependiendo de la razón de la negativa, otro profesional de la salud autorizado elegido por nosotros puede revisar su solicitud y la negativa.
3. **DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción al uso o divulgación de su PHI a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, exceptuando en el caso de una emergencia. Usted también tiene el derecho de solicitar restringir la información que revelamos a un miembro de su familia o un amigo que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar dicha restricción y AIHS no está obligado a notificar a otros profesionales de la salud de estas restricciones.
4. **DERECHO DE RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE LOS SERVICIOS PAGADOS POR USTED EN SU TOTALIDAD.** Usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si la PHI se refiere a servicios de salud por los que usted pagó en su totalidad directamente a nosotros.
5. **DERECHO A SOLICITAR UN CAMBIO.** Usted tiene el derecho a solicitar que se cambie su PHI si usted cree que es incorrecta o incompleta, por el tiempo que mantenemos su registro médico. Podemos rechazar su solicitud de cambio si (a) no hemos creado la PHI, (b) no es la información que tenemos, (c) no es información que se le permite inspeccionar o copiar (por ejemplo, notas de psicoterapia), o (d) determinamos que la PHI es exacta y completa.
6. **DERECHO A UN INFORME DE DIVULGACIONES.** Usted tiene el derecho de solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI realizadas por nosotros (diferentes a las realizadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica) durante los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud. Usted debe presentar una solicitud por escrito para la rendición de cuentas, especificando el periodo de tiempo para la contabilidad, al Oficial de Privacidad a la dirección indicada al final de este aviso.
7. **DERECHO A COMUNICACIONES CONFIDENCIALES.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comunicamos con usted acerca de su PHI a través de ciertos medios o en ciertos lugares. Por ejemplo, puede especificar que le llamamos sólo a su número de teléfono de casa, y no a su número de teléfono de trabajo. Usted debe hacer

una solicitud por escrito, especificando cómo y dónde podemos comunicarnos con usted, al Oficial de Privacidad a la dirección indicada al final de este aviso.

8. **DERECHO DE AVISO DE INCUMPLIMIENTO.** Usted tiene el derecho a ser notificado si nosotros o uno de nuestros socios de negocios nos percatamos de una violación a la seguridad de su PHI.

D. CAMBIOS A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento de acuerdo con la ley correspondiente. Antes de un cambio sustancial a este Aviso en relación con los usos o divulgaciones de su PHI, sus derechos o nuestros deberes, revisaremos y distribuiremos este aviso.

E. ACUSE DE RECIBO DEL AVISO. Le pediremos que firme un acuse de recibo este Aviso.

F. PREGUNTAS Y QUEJAS. Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, por favor, póngase en contacto con nosotros. Si usted está preocupado de que hayamos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que tomemos con respecto al uso, divulgación o acceso a su PHI, puede quejarse con nosotros poniéndose en contacto con el Oficial de Privacidad a la dirección y número de teléfono que aparecen al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Le entregaremos la dirección para presentar un reclamo o solicitud de este tipo.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna clase si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Por favor, dirija sus preguntas o quejas a:

Brent Baldwin
Oficial de Privacidad/Cumplimiento
American Indian Health & Services
4141 State Street, Suite B-11
Santa Barbara, CA 93110
(805) 681-7356