

# Cuestionario acerca de la historia clínica

Su historia clínica es de suma importancia para nosotros. Para que podamos brindarle los mejores servicios odontológicos posibles, le agradeceremos que responda todas las preguntas en forma completa y precisa, ya que cualquier información errónea podría afectar su tratamiento. Este Cuestionario referido a la Historia Clínica pasará a formar parte de su registro de tratamiento odontológico, y tiene carácter de "Confidencial".

Fecha \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  Dr.  Sr.  
 Domicilio \_\_\_\_\_  Sra.  Sra./Srta.  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Numero de Telefono?: \_\_\_\_\_ Correo Electronico?: \_\_\_\_\_  
 Motivo de su consulta de hoy: (seleccione con un círculo) Examen/Limpieza Dolor/Inflamación Diente roto/caries  
 ¿Ya lo trataron por este problema o molestia? (seleccione con un círculo) Sí No  
 ¿Cuánto hace que experimenta este problema o molestia? \_\_\_\_\_

## Historia clínica

¿Lo atiende un médico en la actualidad? (seleccione con un círculo) Sí No  
 ¿Cuál fue el motivo de su última consulta? \_\_\_\_\_  
 Fecha del ultimo examen físico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del medico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Historia clínica anterior

- ¿Experimentó alguna vez una enfermedad grave, o lo sometieron a una intervención quirúrgica o una internación?  
Si contestó que sí, por favor incluya una explicación: \_\_\_\_\_
- ¿Experimentó algún cambio en su salud durante los últimos dos (2) años? (seleccione con un círculo) Sí No  
Si contestó que sí, por favor descríbalo \_\_\_\_\_
- ¿Experimentó alguna vez una reacción alérgica? A: (seleccione con un círculo) Medicamentos Alimentos Objetos de látex  
Otros: \_\_\_\_\_
- ¿Padeció, o alguna vez lo trataron por: (haga un círculo alrededor de todas las respuestas correctas):
 

Presión arterial: alta o baja	Colesterol elevado	Enfermedad cardíaca	Accidente cardiovascular
Fiebre reumática	Soplo cardíaco	Válvula cardíaca	Fibromialgia
Hepatitis	Diabetes	Depresión	Tuberculosis
Asma	Sequedad bucal	Trastornos en el sangrado y la coagulación	Enfermedad con compromiso inmunológico
Otros:			
- ¿Es en la actualidad o fue en algún momento fumador? (seleccione con un círculo) Sí No  
Si en la actualidad es fumador, ¿le interesaría dejar de fumar? (seleccione con un círculo) Sí No
- ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume: por día? \_\_\_\_ por semana? \_\_\_\_ por mes? \_\_\_\_
- Para las mujeres: a. ¿Está embarazada, o sospecha que pueda estar embarazada? (seleccione con un círculo) Sí No  
b. ¿Utiliza anticonceptivos? (seleccione con un círculo) Sí No

## Medicamentos que consume actualmente: de venta bajo receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
1. _____		
2. _____		
3. _____		

# Historia odontológica

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  Dr.  Sr.  
 Sra.  Sra./Srta.  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

1. ¿Fecha de su última consulta al odontólogo? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Fecha de la última radiografía dental? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. ¿Motivo de la última consulta? \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene alguna duda acerca de la atención odontológica previa o de esta consulta odontológica? \_\_\_\_\_
4. ¿Le sangran las encías? (seleccione con un círculo)    Sí    No
5. ¿Tiene los dientes flojos? (seleccione con un círculo)    Sí    No
6. ¿Alguna vez le dijeron que padece una enfermedad de las encías? (seleccione con un círculo)    Sí    No
7. ¿Alguna vez le dijeron que tiene mal aliento? (seleccione con un círculo)    Sí    No
8. ¿Sus dientes son sensibles a (haga un círculo alrededor de todas las respuestas correctas)  
 los caramelos    el frío    el calor    la presión
9. ¿Ha padecido alguna vez algún dolor en la articulación temporomandibular (fricción o salto)?  
 (seleccione con un círculo)    Sí    No
10. ¿Está conforme con su sonrisa? (seleccione con un círculo)    Sí    No  
 Si la respuesta es no, por favor explique: \_\_\_\_\_
11. ¿Qué cambiaría del estado actual de su boca? \_\_\_\_\_

• • •

Comprendo la necesidad de contestar estas preguntas con sinceridad. A mi entender, las respuestas aquí proporcionadas son exactas. También comprendo que es de suma importancia informar sobre cualquier cambio o actualización de mi condición médica. Autorizo a obtener de mi médico cualquier información adicional respecto de mi historia clínica que sea necesaria, a fin de que se me brinde el mejor tratamiento posible.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si completó este formulario en lugar de otra persona, por favor escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo, e indique cuál es su relación con el paciente.

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Numero de telefono?: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Actualización de la historia clínica:** Periódicamente le preguntaremos acerca de si se produjo algún cambio en su historia clínica.

Fecha	Cambios/comentarios	Firma del paciente y del odontólogo
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____

**Dental Solutions Of Miami**  
**7775 S.W. 87<sup>th</sup> Avenue**  
**Suite 112**  
**Miami, Florida 33173**

**Consentimiento para el tratamiento (de diagnósticos iniciales)**

Mi firma en la parte inferior de este formulario certifica que:

1. Doy mi consentimiento para el Dr. Cárdenas / Dr. Maya para evaluar la condición por la cual presento y adoptar todas las medidas necesarias, incluyendo radiografías, fotografías y modelos con el fin de diagnosticar y proponer un curso de tratamiento. El costo involucrado en el proceso de diagnóstico se explicará a mí antes de comenzar.
2. Entiendo que se me informará si los registros que puedo haber traído conmigo no pueden ser utilizadas por el Dr. Cárdenas / Dr. Maya para el propósito de la evaluación.
3. Entiendo que antes de realizar cualquier procedimiento, incluyendo los procedimientos de diagnóstico, tales como rayos X, se me dará una estimación del costo y ningún procedimiento se llevará a cabo sin mi consentimiento.
4. Entiendo que una vez que el tratamiento se ha decidido, se me dará los formularios de consentimiento informado adicionales para revisar y firmar antes de comenzar dicho tratamiento.
5. Entiendo que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta; no hay garantías o seguridades en cuanto a los resultados del tratamiento protésico o la cirugía pueden realizarse debido a la singularidad de cada situación clínica individual. En la mayoría de los casos, el resultado del tratamiento es satisfactorio.

Lo que se le pide que firme es una confirmación de que ha leído y entendido este documento. Por favor, no dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener y estaremos encantados de ayudarle.

---

Nombre del Paciente  
Responsable

---

Firma del Paciente / Persona

---

Firma del doctor

**Dental Solutions of Miami**  
7775 SW 87<sup>th</sup> Avenue  
Suite 112  
Miami, Florida 33173  
**Insurance information Form**

❖ **Dental Primary Carrier:** \_\_\_\_\_  
**Address:** \_\_\_\_\_  
**Telephone #:** \_\_\_\_\_  
**Subscriber Name and Date of Birth** \_\_\_\_\_  
**Subscriber ID (MAY BE SS#)** \_\_\_\_\_  
**Group name and Number:** \_\_\_\_\_  
**Patient name and date of birth:** \_\_\_\_\_  
**Relationship to insured?:** \_\_\_\_\_  
**Is patient full time student?:** \_\_\_\_\_      **Is patient Disabled?** \_\_\_\_\_  
**If yes: Name of School:** \_\_\_\_\_

❖ **Dental Secondary Carrier:** \_\_\_\_\_  
**Address:** \_\_\_\_\_  
**Telephone #:** \_\_\_\_\_  
**Subscriber Name and Date of Birth** \_\_\_\_\_  
**Subscriber ID (MAY BE SS#)** \_\_\_\_\_  
**Group name and Number:** \_\_\_\_\_  
**Patient name and date of birth:** \_\_\_\_\_  
**Relationship to insured?:** \_\_\_\_\_  
**Is patient full time student?:** \_\_\_\_\_      **Is patient Disabled?** \_\_\_\_\_  
**If yes: Name of School:** \_\_\_\_\_

❖ **Medical insurance Carrier:** \_\_\_\_\_  
**Address:** \_\_\_\_\_  
**Telephone #:** \_\_\_\_\_  
**Employer:** \_\_\_\_\_  
**Plan Type (HMO/PPO)** \_\_\_\_\_  
**Subscriber Name and Date of Birth** \_\_\_\_\_  
**Subscriber ID (MAY BE SS#)** \_\_\_\_\_  
**Group name and Number:** \_\_\_\_\_  
**Patient name and date of birth:** \_\_\_\_\_  
**Relationship to insured?:** \_\_\_\_\_  
**Is patient full time student?:** \_\_\_\_\_      **Is patient Disabled?** \_\_\_\_\_  
**If yes: Name of School:** \_\_\_\_\_

Reconocimiento del recibo de la notificación de la  
Privacidad de la información

Yo \_\_\_\_\_,  
He recibido una copia del Documento del Dr. JUAN DIEGO CARDENAS,  
D.D.S., que DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACION  
MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDO  
TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. Con vigencia desde 04/16/03.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Dental Solutions of Miami Política de Pago**

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado de la salud dental. Estamos comprometidos a brindarle el mejor cuidado dental posible al menor costo posible. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda, y su comprensión de nuestra política de pago:

**PAGO TOTAL DE SERVICIOS PROFESIONALES ES DEBIDO AL MOMENTO DE SERVICIO.** Aceptamos efectivo, cheques, Y TODAS LAS TARJETAS DE CREDITO. Con la aprobación previa, también ofrecemos una selección de planes de pago sin intereses o ampliar TRAVÉS CareCredit Y Springstone.

Controles y equilibrios más de 30 días devueltos pudieran estar sujetas a intereses de 1,5% mensual. Las cuentas con saldo de más de 90 días podrían ser objeto de acciones legales.

Si usted tiene cobertura de seguro, estaremos encantados de ayudarle a recibir sus beneficios máximos permitidos y presentará la reclamación para usted a petición. En la mayoría de los casos vamos a aceptar la asignación de beneficios de seguro; Sin embargo es posible que necesitemos un copago en el momento del servicio. La totalidad del saldo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Por lo tanto, la compañía de seguros es responsable a usted y usted es responsable para nosotros.

Por ley su compañía de seguros deberá pagar el importe o negar su reclamación de seguro dentro de los 30 días de la notificación inicial de la reivindicación. En produce un problema del seguro, se le pedirá que nos ayude a ponerse en contacto con su compañía de seguros. Creemos que es necesario trabajar juntos para resolver cualquier problema de seguros. Si la aseguradora no había pagado su cuenta en su totalidad dentro de 45 días, el balance puede ser transferido a su tarjeta de crédito o un plan de crédito.

Tenga en cuenta las pocas compañías de seguros intentan cubrir todos los gastos dentales. Para evitar decepciones, le recomendamos el se comunique con su compañía de seguros para asegurarse de que sus supuestos de seguros dentales son correctos. Algunos pagan asignaciones para cada procedimiento fijado mientras que otros pagan sólo un porcentaje de los costos. Nuestra práctica se ha comprometido a proporcionar el mejor tratamiento para todos los pacientes, si tienen seguro o no, y nos cobran lo que es usual y habitual para los especialistas dentales en el área de Miami. Usted es responsable de los pagos, independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas usuales y habituales, que pueden no tener ninguna relación con el estándar actual y el costo de la atención en esta área.

Nuestro personal estará encantado de ayudarle con cualquier pregunta seguro que pueda tener. Recuerde, sin embargo, que podemos mejores responder preguntas relativas a cómo se presentó su reclamo, o con respecto a cualquier información adicional que el portador puede ser que necesite para procesar su reclamo. Problemas de cobertura sólo se podrán remitir por el administrador del plan del empleador o grupo. Aunque nuestra ayuda está disponible para usted en cualquier momento, no podemos actuar como mediador con el transportista o su empleador.

En nuestros mejores esfuerzos para acomodar a todos nuestros pacientes les pedimos que si surgen circunstancias que le impiden asistir y9our cita con el dentista por favor sea tan amable

## **Dental Solutions of Miami Política de Pago**

que nos proporcione 48 horas de antelación para evitar incurrir en un cargo cita perdida de \$ 50.00.

Nuestra práctica está firmemente convencido de que una buena relación dentista / paciente se basa en la comprensión y las buenas comunicaciones. Gracias por la comprensión de nuestra política financierai. Si usted tiene alguna pregunta sobre los arreglos financieros, por favor siéntase libre de hablar con nuestro gerente de oficina. Haremos todo lo posible para aclarar cualquier malentendido que haya con respecto a su equilibrio. Estamos aquí para ayudarle.

He leído, y entiendo y acepto la Política Financiera:

---

Firma del Paciente o Persona Responsable Fecha



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revisela con cuidado.**

### Sus derechos

#### Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

➤ **Ver página 2** para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

### Sus opciones

#### Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

➤ **Ver página 3** para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

### Nuestros usos y divulgaciones

#### Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ **Ver páginas 3 y 4** para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.



## Sus derechos

### Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

#### Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

#### Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

#### Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

#### Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus opciones

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.** Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

### En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

### En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

### Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

**Ejemplo:** Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

---

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
    - Prevención de enfermedades.
    - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
    - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
    - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
    - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
- 

**Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
- 

**Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
- 

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- 

**Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
- 

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
    - En reclamos de compensación de trabajadores.
    - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
    - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
    - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
- 

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
- 

*Dental Solutions of Miami*  
7775 SW 87th Ave Suite 112  
Miami, Florida 33173  
305-598-9072  
[info@dentalsolutionsofmiami.com](mailto:info@dentalsolutionsofmiami.com)  
Contact person: Diane Dominguez

## Nuestras responsabilidades

---

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

## Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

*Updated 09/13*

### Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

*Dental Solutions of Miami  
7775 SW 87th Ave Suite 112  
Miami, Florida 33173  
305-598-9072  
info@dentalsolutionsofmiami.com  
Contact person: Diane Dominguez*

---

*Instruction H: Insert name or title of the privacy official (or other privacy contact) and his/her email address and phone number.*