

Lee Zhao, DMD, PC

2055 Beaver Ruin Rd., Suite E
Norcross, GA, 30071
Telephone: (770) 242-0021

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

AVISO DE PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE EL USO Y LA REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN MEDICA Y COMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

El Acta de 1996 para La Portabilidad & Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996, H.I.P.A.A.) exige que todos los datos de asistencia médica y otra información de salud usada o revelada en cualquier forma, así sea electrónicamente, escrito en papel, o oralmente, se mantenga confidencial. Esta ley federal le provee a usted, el paciente, derechos nuevos importantes para entender y controlar el uso de su información de salud médica. H.I.P.A.A. impone penalidades a esas entidades cubiertas que hacen mal uso de datos de salud. Esta ley nos requiere la preparación de esta explicación de confidencialidad de su historia de salud médica y del uso y revelación de sus datos de salud.

Sin autorización específica por escrito nos permite usar y revelar sus datos médicos para el uso de tratamiento, de pago y de operaciones de salud.

- Tratamiento significa proveer, la coordinación, o el manejo de los servicios de salud médica por uno o más proveedores de salud médica. Por ejemplo, podemos compartir con otros médicos o con especialistas interesados en la continuación de su salud.
- Pago significa esas actividades necesarias para obtener el reembolso por servicios rendidos, para confirmar la póliza de seguros, para las facturas, para la colecta de pagos por los servicios y para análisis del uso. Por ejemplo, podemos revelar la información de tratamiento para pedir pago por el servicio dental.
- Operaciones de salud Médica incluyen los asuntos de negocios necesarios para el manejo de nuestro consultorio. Por ejemplo, la información de un paciente puede ser usada para propósitos de entrenamiento o para hacer revelaciones de buena salud.

De no especificarse lo contrario, podemos usar o revelar su historia de salud a miembros familiares, a las amistades, a su representante personal o a otros individuos, así sea necesario para ayudar con su salud médica o con pagos por servicios médicos. En caso de emergencia o su incapacidad, daremos nuestra opinión profesional en revelar su historia de salud necesaria para facilitar el cuidado médico que se requiera. También podemos usar su información confidencial para recordarle de sus citas médicas a través de tarjetas de envío y/o dejando mensajes en la casa y/o en el trabajo. La información de su salud también se puede usar por nuestra oficina para recomendar tratamientos alternos o para proveerle información relacionada a beneficios y servicios médicos que puedan ser de interés. También podemos revelar su información médica para actividades de salud pública, para los procesos en las Fuerzas Armadas, para oficiales federales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, para instituciones correccionales o oficiales de ejecución de la ley y/o para reportar sospecho de abuso, de abandono o de violencia doméstica. Cualquier otro uso y revelación de información será posible solamente con su autorización por escrito. Puede revocar esta autorización por escrito y estamos obligados de honrar y proceder a través de su pedido por escrito, excepto hasta el punto donde ya hayamos tomado acciones específicas por su autorización.

- **Usted tiene ciertos derechos con relación a su información protegida de salud,** la cual usted puede ejercer al presentar un pedido por escrito a nuestra Oficina de Confidencialidad a la dirección de nuestra clínica apuntada abajo:
- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones para los usos y revelaciones de su historia de salud médica. Esto incluye la revelación a su familia, a sus amistades o a otras personas. Nosotros no estamos obligados de consentir con sus restricciones. Si consentimos con su solicitud, tenemos que respetarlo a menos que nos diga lo contrario.
- Usted tiene el derecho de recibir su información médica por medios alternos y a localidades alternas.
- Usted tiene el derecho de tener acceso, revisar y sacar una copia de su historia clínica con algunas excepciones. Será a la disposición para una pequeña cantidad.
- Usted tiene el derecho de pedir una enmienda para su información confidencial. Podemos negarle su petición en algunas situaciones.

- Usted tiene el derecho de recibir un informe de las revelaciones de su historia clínica fuera de los tratamientos, del pago o de las operaciones (o basado en su previa autorización).
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso aunque lo haya recibido electrónicamente.

La ley nos requiere mantener su historia de salud de manera privada y nos requiere proveerle con un aviso de nuestras responsabilidades o funciones legales y nuestras practicas de confidencialidad de la información medica.

Este aviso entra en efecto en _____, 2004 y tenemos que atenernos a las condiciones del aviso de los ejercicios confidenciales que están desde ahora en efecto. Reservamos el derecho de cambiar las condiciones de nuestro aviso de los ejercicios confidenciales. También podemos poner las nuevas provisiones en efectivo para toda la información médica que mantenemos. La revisión de nuestro aviso de los ejercicios confidenciales será inmediatamente efectiva y usted puede pedir una copia de la revisión por escrito en nuestra oficina.

Si usted piensa que nosotros hemos violado sus derechos, puede someter una queja formal por escrito y enviarla a la dirección debajo o al Departamento de Salud y Recursos Humanos (Department of Health and Human Resources) o la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights). Si usted somete una queja no tomaremos represalias contra usted.

Para más información sobre nuestros ejercicios confidenciales, por favor contacte:

Lee Zhao, DMD, PC
 2055 Beaver Ruin Rd. Ste. E
 Norcross, GA 30071

Para más información sobre HIPAA o para someter una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services
 Office of Civil Rights
 200 Independence Avenue, S.W.
 Washington, DC

GRACIAS POR SU VISITA!

Lunes (Mon): 9AM - 6PM
Martes (Tue): 8AM - 5PM
Miércoles (Wed): 8AM - 5PM

Jueves (Thu): 10AM - 7PM
Viernes (Fri): CLOSED
Sábado (Sat): 9AM - 3PM

Lee Zhao, DMD, PC

2055 Beaver Ruin Rd., Suite E

Norcross, GA, 30071

Telephone: (770) 242-0021

*Where your smile counts***ENTENDIMIENTO DE PRACTICAS
DE PRIVACIDAD****ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY PRACTICE****ENTENDIMIENTO
DE LAS
PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este documento, yo confirmo que me han informado de mis derechos de privacidad de mi historia de salud, la cual que esta protegida bajo el Acta de 1996 de la Portabilidad & Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996, H.I.P.P.A.). Yo entiendo que esta información puede ser y será usada para:

- Proveer y coordinar mi tratamiento con otros médicos que puedan involucrados en el tratamiento directamente o indirectamente.
- Obtener la remuneración del asegurador para mis servicios de salud medica.
- Hacer operaciones normales de salud. Por ejemplo, hacer evaluaciones de buena salud y conducir actividades de mejoramiento.

Me han informado del *Aviso de las Practicas Confidenciales* de mi dentista que contiene descripciones mas completa de los usos y revelaciones de mi historia de salud. Tengo el derecho de revisar y obtener una copia del *Aviso de las Practicas Confidenciales*. Yo entiendo que mi dentista tiene el derecho de cambiar el *Aviso de las Practicas Confidenciales*. Yo entiendo que mi proveedor de servicios dentales tiene el derecho de cambiar este *Aviso de las Practicas Confidenciales*, y que tengo el derecho de ponerme en contacto con esta oficina a la dirección arriba para obtener una copia corriente del Aviso de las Practicas Confidenciales.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito algunas limitaciones sobre el uso y la revelación de mi historia clínica para el tratamiento, para el pago o para las operaciones de salud medica. También entiendo que usted no tiene obligación de consentir a mi solicitud para restricciones, pero si usted ha consentido, entonces tiene que respetar cuyas restricciones.

Nombre del paciente _____

Fecha _____

Firma _____

Relación al paciente _____

Dependientes familiares también cubierta por este Entendimiento.

Solamente Para Uso de La Oficina:

We are unable to obtain the patient's written acknowledgement of our Notice of Privacy Practices due to the following reason:

- The patient refuses to sign
- Communication barriers
- Emergency situation
- Other

GRACIAS POR SU VISITA!

Lunes (Mon): 9AM - 6PM
Martes (Tue): 8AM - 5PM
Miércoles (Wed): 8AM - 5PM

Jueves (Thu): 10AM - 7PM
Viernes (Fri): CLOSED
Sábado (Sat): 9AM - 3PM

Lee Zhao, DMD, PC

2055 Beaver Ruin Rd., Suite E

Norcross, GA, 30071

Telephone: (770) 242-0021

Where your smile counts

SPANISH

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PATIENT INFORMATION

INFORMATION DEL PACIENTE

Nombre de Paciente:	Inicial:	Apellido:	Seguro Social del Paciente:	Fecha de Hoy:
		-.....	MM DD YYYY
Dirección	Ciudad:	Estado/codigo Zip:	No. de Licencia de Conducir:	
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Numero de Teléfono Celular:	Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Quiero recibir correspondencia vía correo electrónico	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:	
MM DD YYYY		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Estado de Empleo/Estudiante:		Persona Financieramente Responsable por Servicios:		
Estudiante:	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time	<input type="checkbox"/> Paciente es el responsable por pagos por servicios dentales		
Empleo:	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Paciente es un asegurado de la póliza de seguro de la persona responsable		

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (CONTACT IN CASE OF EMERGENCY)

Nombre:	Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo / celular:	Relación al Paciente:

PERSONA RESPONSABLE (RESPONSABLE PARTY)

(Por favor complete solamente si la persona responsable no es el paciente)

Nombre:	Inicial:	Apellido:	Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
		-.....	MM DD YYYY
Dirección:	Ciudad:	Estado/codigo Zip:	No. de Licencia de Conducir:	
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Numero de Teléfono Celular:	Relación al Paciente:	

INFORMACIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO DENTAL (DENTAL INSURANCE INFORMATION)

POLIZA PRIMARIA (PRIMARY INSURANCE)

PÓLIZA SECUNDARIA (SECONDARY INSURANCE)

Nombre del Asegurado:	Seguro Social:	Nombre del Asegurado:	Seguro Social:
Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
.....-.....	MM DD YYYY-.....	MM DD YYYY
Compañía de Empleo:	Compañía de Seguros:	Compañía de Empleo:	Compañía de Seguros:
Dirección de Compañía de Empleo:		Dirección de Compañía de Empleo: (si no la misma)	
Ciudad:	Estado/codigo Zip:	Ciudad:	Estado/codigo Zip:
Teléfono de compañía de Empleo:	No. de Grupo:	Teléfono de compañía de Empleo:	No. de Grupo:

Lee Zhao, DMD, PC

2055 Beaver Ruin Rd., Suite E

Norcross, GA, 30071

Telephone: (770) 242-0021

Where your smile counts

SPANISH

**HISTORIA MEDICA
DEL PACIENTE**

MEDICAL HISTORY

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

MARQUE "SI" O "NO" PARA INDICAR LO SIGUIENTE:

Esta usted bajo el cuidado de algun medico?

No Si Si es (Si), favor explique: _____

Tiene usted cualquier problema general de salud?

No Si Si es (Si), favor explique: _____

esta usted tomando alguna droga o medicina?

No Si Si es (Si), favor explique: _____

Es usted alergico a cualquier medicina?

No Si Si es (Si), favor explique: _____

Cual es el nombre de su farmacia? _____

MARQUE "SI" O "NO" PARA INDICAR LO SIGUIENTE:

	No	SI		No	SI		No	SI
AIDS (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados Psiquiatricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis, Rheumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvulas Artificiales del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Union Artificial de Huezos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe en la Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de respiracion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con la Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarpullido de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrando Abnormalmente despues de extracciones o cirugia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Tipo:()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dieta Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presion de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia Quimica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV Positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazon de los pies Y tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Biliar - Jaundice Piel Amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crecimiento en la cabeza o cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Circulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de la quijada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesion Congenita del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Rinones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsillitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamientos de Cortisone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toz persistente y con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baja Presion de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crecimiento en la cabeza o cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitral Valve Prolapse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venerea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de peso inexplicada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mujeres: Esta usted embarazada? Fecha de parto? _____ Esta usted dando seno? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

La informacion arriba es correcta, completa y debe ser usada solamente para mi tratamiento, pagos, y el procesamiento de mi poliza y beneficios de seguros por lo cuales yo soy calificado. Yo no hago que mi dentista o cualquier miembro de su consultorio sean responsables por cualquier error u omisiones que yo haya hecho en el transcurso de llenar este documento.

Firma del Paciente: _____

Lee Zhao, DMD, PC

2055 Beaver Ruin Rd., Suite E
Norcross, GA, 30071
Telephone: (770) 242-0021

Where your smile counts

PRACTICA FINANCIERA Y DE CANCELACIONES

FINANCIAL AND CANCELLATION POLICIES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

1. OBLIGACIONES FINANCIERAS:

La obligación financiera de su tratamiento dental es entre usted y esta oficina y no depende del tipo de seguro. Los pagos por los servicios dentales deben ser presentados el día cuando el tratamiento y los servicios son brindados. Nuestros servicios profesionales se le brinden al paciente no a la compañía de seguro. Por lo tanto, el paciente es responsable por pagar la cantidad entera sin reparar en lo que pague la compañía de seguro.

2. OPCIONES DE PAGO:

Las opciones específicas de pagos se discutirán individualmente. Las opciones de pago pueden incluir plazos en efectivo, basado en el plan de tratamiento para el paciente, el financiamiento terciario y las pólizas de seguro. Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales, y la mayoría de tarjetas de crédito incluyendo Visa, MasterCard y American Express.

NOTA: Esperamos la cantidad entera del pago el día del servicio si es menos de \$_____.

3. PACIENTES CON SEGURO DENTAL:

Como una cortesía a nuestros pacientes, sometemos los reclamos de pago al seguro dental. Su compañía de seguro después le reembolsara directamente para los tratamientos que están cubiertos debajo del seguro.

4. PACIENTES CON SEGURO DENTAL:

Tratamos diligentemente de mantener nuestras horas de cita para nuestros pacientes, y a la misma vez esperamos que nuestros pacientes también mantenga sus citas. Ya que reservamos un espacio en nuestra clínica para usted y otros en día y hora de su cita, le pedimos cordialmente que nos informe por lo menos 48 horas por adelantado si usted no puede mantener su hora de cita. Solamente en esta manera podemos proveerle el tratamiento óptimo que usted y su familia y nuestros pacientes demandan y merecen.

NOTA: Como cortesía al paciente, enviamos notificaciones de recordatorios a través de correo electrónico y/o mensajes de texto una semana antes de su cita. Por favor asegure su reservación contestando nuestros recordatorios de confirmación antes de las 12:00 de la tarde el día antes de su cita. Todas las citas no confirmadas y aseguradas antes de las 12:00 el día anterior van a requerir se haga otra cita.

Nosotros entendemos que se encuentran emergencias. Sin embargo, reservamos el derecho de cobrarle a su cuenta \$50.00 o 10% de la cantidad total de la cita, cual sea mas alta, cuando usted falla en darnos 24 horas de aviso al no poder mantener su cita.

Nuestros empleados y personal a hecho una promesa, profesionalmente y personalmente, de darle respeto y cuidado para que su visita a nuestra oficina sea placentera y cómoda. Le pedimos por favor que de suficiente aviso si tiene que faltar a su cita para así poder darle tratamiento a otro paciente con necesidad.

5. CUENTAS DELICUENTES:

Si su cuenta llega a un termino de pagos delincuentes y tenemos que entregarla a una agencia de colecciones, se le aplicaran cargos financieros adicionales a su cuenta.

Yo estoy consciente de la necesidad y acepto mis obligaciones financieras y estoy de acuerdo con estas políticas financieras y de la cancelación de cita mencionada arriba.

Signature: _____

Date: _____

GRACIAS POR SU VISITA!

Lunes (Mon): 9AM - 6PM
Martes (Tue): 8AM - 5PM
Miércoles (Wed): 8AM - 5PM

Jueves (Thu): 10AM - 7PM
Viernes (Fri): CLOSED
Sábado (Sat): 9AM - 3PM