



Gums Dental Care, LLC

8830 Cameron Street, Suite #203

Silver Spring, MD 20910

(301) 588-4411

Fecha: _____

Formulario de Inscripción

Información del paciente

Nombre

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Lenguaje primario: Inglés Español

No. del Seguro Social: _____

Dirección:

Calle: _____ Ciudad: _____

Apt: _____ Código postal: _____ Estado: _____ Condado: _____

Información del contacto:

Teléf. domicilio #: _____ Teléf. celular #: _____

Numero de contacto de preferencia (por favor elige uno): Domicilio Celular

Correo Electrónico: _____

¿Necesita profilaxis antibiótica o medicación previa? Por favor lea a continuación si no está seguro:

Los dentistas recomiendan que algunos pacientes necesiten tomar antibióticos antes de ciertos procedimientos dentales. Esto se llama "profilaxis antibiótica." La profilaxis antibiótica se recomienda para un pequeño número de personas que tienen afecciones específicas, entre ellas:

- Antecedentes de una infección del revestimiento del corazón o corazón.
- Un trasplante de corazón en el que se desarrolla un problema con una de las válvulas dentro del corazón.
- Condiciones del corazón que están presentes desde el nacimiento.
- Implantes ortopédicos como articulaciones artificiales.

¿Esto aplica para ti? Sí No

Tu farmacia preferida:

Nombre: _____ Teléfono #: _____ Fax #: _____

Calle: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Seguro dental primario:

¿Es el paciente también el suscriptor? Sí No

Información del suscriptor:

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Empleador: _____ Compañía de seguros: _____

Identificación de suscriptor #: _____ Número de grupo: _____

Miembro / Suscriptor Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente: niño Dependiente discapacitado Esposa Otro

Número de seguro social del suscriptor: _____

CONSENTIMIENTO

Paciente

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

DOB: _____

Por la presente, autorizo a **ANNA A. GUMBS, DMD** y toda otra persona que tal dentista designase como asistente, a realizar en mi las siguientes operaciones y/o procedimientos: **Tratamiento dental**

Solicito y autorizo al dentista a realizar lo que considere necesario en caso de que surjan imprevistos durante el curso de estas operaciones y/o procedimientos designados y que, de acuerdo con el juicio del dentista, requieran la realización de procedimientos adicionales o distintos a los que se detallan arriba.

Doy mi consentimiento al tratamiento mencionado anteriormente después de haber sido notificado acerca de los riesgos, ventajas y desventajas del tratamiento y las consecuencias de no llevarlo a cabo.

Doy mi consentimiento al plan de tratamiento mencionado anteriormente, tras haber sido notificado acerca de los planes de tratamiento alterativo disponibles y los riesgos materiales, ventajas y desventajas conocidos del tratamiento alternativo.

Asimismo, doy mi consentimiento para la administración de anestesia general o local, antibióticos, analgésicos, y cualquier otro medicamento que se considere necesario en mi caso, y entiendo que existe un ligero elemento de riesgo inherente a la administración de todo medicamento o anestesia. Este riesgo incluye reacciones adversas a las drogas (por ejemplo, reacciones, alérgicas), paro cardíaco, aspiración, trombo flebitis (irritación e hinchazón de las venas), dolor, decoloración y lesiones a los vasos sanguíneos y a los nervios inducidas por la inyección de medicinas o drogas.

Estoy informado y comprendo plenamente que todo tipo de cirugía lleva inherente ciertas complicaciones inevitables. Para el caso del cirugía bucal, las complicaciones más comunes son sangrados postoperatorio, hinchazón o amortajamientos, incomodidad, rigidez mandibular y pérdida o aflojamiento de rasuraciones dentales. Entre las complicaciones menos comunes se cuentan infección, pérdida o daños a dientes y tejidos blandos y adyacentes, alteraciones nerviosas (adormecimiento de tejidos bucales y de raíz remanentes en la mandíbula, cuya remoción pueda requerir mayor.

Soy consciente de que, a pesar de las complicaciones y riesgos posibles, la intervención quirúrgica o los tratamientos considerados son necesarios y deseados por mi. Sé que la practica odontológica y quirúrgica no es una ciencia exacta y entiendo que no se me han efectuando garantías relativas a los resultados de la operación o el procedimiento.

He proporcionado antecedentes médicos y personales tan exactos y completos como fue posible, incluidos antibióticos, drogas, medicinas y alimentos a los cuales soy alérgico. Seguiré cualesquiera instrucciones, tal como me sean explicadas e indicadas, y permitiré la realización de los procedimientos de diagnosticos recomendados.

Antes de firmar este formulario he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas y explicaciones adecuadas para todas las preguntas acerca de mi condición medico tratamientos y procedimientos considerados alternativos, riesgos y posibles complicaciones de los tratamientos y procedimientos contemplados y alternativos.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Firma del dentista: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

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

- | | |
|--|-------------------------------------|
| Esta usted bajo el cuidado de un medico ahora? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | En caso afirmativo, explicar: _____ |
| Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operacion mayor? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | En caso afirmativo, explicar: _____ |
| ¿Ha tenido una lesión grave en la cabeza o en el cuello? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | En caso afirmativo, explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando medicamentos, pastillas o drogas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | En caso afirmativo, |
| ¿Toma, o ha tomado, Phen-Fen o Redux? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | explicar: _____ |
| _____ | |
| ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bifosfonatos? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |
| ¿Estás en una dieta especial? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |
| Usa tabaco? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |
| ¿Utiliza sustancias controladas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |

Mujeres: Esta usted? _____

Embarazada / Tratando de quedar embarazada? Si No ¿Toma anticonceptivos orales? Si No Esta Amamantando? Si No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos Locales Acrílico Metálico Látex Sulfamida Otros
- Si otra, explique: _____

¿Tiene o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | |
|--|--|---|
| SIDA / VIH positivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sangrado excesivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad pulmonar <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Sed excesiva <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Prolapso de la válvula mitral <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Anafilaxia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Desmayos / vértigo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Osteoporosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tos frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Dolor en las articulaciones de la quijada <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Angina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diarrea frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad paratiroidea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Artritis / gota <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Dolores de cabeza frecuentes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Atención psiquiátrica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Válvula de corazón artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Herpes genital <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tratamientos de radiación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Articulación artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Glaucomas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Pérdida de peso reciente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Asma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fiebre del heno <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Diálisis renal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de la sangre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Ataque/ Falle del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fiebre reumática <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Transfusión de sangre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Soplo cardíaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Reumatismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Problema respiratorio <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Marcapasos cardíaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Escarlatina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Fácilmente abollado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas/enfermedad del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad de células falciformes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cáncer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hemofilia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas del seno nasal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Quimioterapia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis A <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Espina bífida <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Dolores en el pecho <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis B o C <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | enfermedad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Herpes labial/ fiebre ampollas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Estómago/intestinal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cardiopatía congénita <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Presión arterial alta <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hinchazón de las extremidades <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Colesterol alto <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad de tiroides <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cortisona <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Ronchas o erupción cutánea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Amigdalitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Diabetes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hipoglucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Drogadicción <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Latido irregular del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tumores o Crecimientos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Fácilmente pierde el aliento <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas de riñones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Úlceras <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Enfisema <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Leucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad venérea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Epilepsia o convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad del hígado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Ictericia amarilla <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| | Presión arterial baja <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |

Comentarios: _____

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

Firma del PACIENTE, PADRE o TUTOR _____ **FECHA** _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Gums Dental Care, LLC
8830 Cameron Street, Suite 203
Silver Spring, MD 20910
Phone: (301) 588-4411

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVIÉLO CUIDADOSAMENTE.

Respetamos nuestra obligación legal de mantener en privado la información médica que lo identifica a usted. Estamos obligados por ley a notificarle nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos su información de salud y los derechos que tiene al respecto.

TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

La razón más común por la que usamos o divulgamos su información médica es para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos información para fines de tratamiento son: programar una cita para usted; examinando tus dientes prescribir medicamentos y enviarlos por fax para que se llenen; derivarlo a otro médico o clínica para recibir atención médica o servicios de otro tipo; u obtener copias de su información de salud de otros profesionales que pueda haber visto antes que nosotros. Algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para fines de pago son: preguntarle sobre sus planes de atención de la salud o de la vista, u otras fuentes de pago; preparación y envío de facturas o reclamaciones; y el cobro de montos impagos (ya sea nosotros mismos o por medio de una agencia de cobranza o un abogado). "Operaciones de atención médica" se refiere a aquellas funciones administrativas y de gestión que debemos realizar para dirigir nuestra oficina. Algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica para operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación; aseguramiento interno de la calidad; decisiones de personal; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; y almacenamiento exterior de nuestros registros. Usamos rutinariamente su información de salud dentro de nuestra oficina para estos propósitos sin ningún permiso especial. Si necesitamos divulgar su información médica fuera de nuestra oficina por estos motivos, generalmente no le pediremos un permiso especial por escrito.

USOS Y DIVULGACIONES POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o exige que usemos o divulguemos su información médica sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; Es posible que algunos nunca lleguen a nuestra oficina. Tales usos o divulgaciones son:

- Cuando una ley estatal o federal exige que cierta información de salud se reporte para un propósito específico
- para fines de salud pública, como la notificación, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas; y avisos hacia y desde la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos con respecto a medicamentos o dispositivos médicos
- Divulgación a las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Usos y divulgaciones para actividades de supervisión de la salud, como las licencias de los médicos; para auditorías de Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de salud.
- Divulgación para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas
- divulgaciones con fines de cumplimiento de la ley, como para proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito; para proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina; O para reportar un crimen que ocurrió en otro lugar.
- divulgación a un médico forense para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de la muerte; oa los directores de funerarias para ayudar en el entierro; O a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos.
- Usos o divulgaciones para investigaciones relacionadas con la salud.
- Usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad
- Usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, como la protección del presidente o funcionarios gubernamentales de alto rango; para actividades legales de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluación y salud de los miembros del Servicio Exterior;
- Divulgación de información no identificada
- Divulgaciones relacionadas con los programas de compensación al trabajador.
- Divulgaciones de un "conjunto de datos limitados" para investigación, salud pública u operaciones de atención médica
- Divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de los usos o divulgaciones permitidos
- Divulgaciones a "socios comerciales" que realizan operaciones de atención médica para nosotros y se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud.

A menos que usted se oponga, también compartiremos información relevante sobre su atención con su familia o amigos que están ayudando con su atención dental.

RECORDATORIOS DE LA CITA

Podemos llamar o escribir para recordarle las citas programadas, o que es hora de hacer una cita de rutina. También podemos llamar o escribir para notificarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que puedan ayudarlo. A menos que nos indique lo contrario, le enviaremos por correo un recordatorio de cita en una tarjeta postal y / o le dejaremos un mensaje de recordatorio en el contestador automático de su casa o con alguien que conteste su teléfono si no está en casa.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información médica a menos que firme un "formulario de autorización" por escrito. La ley federal determina el contenido de un "formulario de autorización". A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es nuestra idea. A veces, puede iniciar el proceso si es su idea que enviemos su información a otra persona. Por lo general, en esta situación, nos dará un formulario de autorización debidamente completado o puede usar uno de los nuestros. Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene que firmarlo. Si no firma la autorización, no podemos hacer el uso o la divulgación. Si firma uno, puede revocarlo en cualquier momento a menos que ya hayamos tomado la decisión de confiar en él. Las revocaciones deben estar por escrito. Envíelos a la persona de contacto de la oficina nombrada al comienzo de este aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información de salud. Usted puede:

- Pedirnos que limitemos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pagos u operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo en hacer esto, pero si estamos de acuerdo, debemos cumplir con las restricciones que usted desea. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este aviso.
- Pídanos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamándolo por teléfono al trabajo en lugar de a su casa, enviándonos información médica a una dirección diferente o enviando un correo electrónico a su dirección de correo electrónico personal. Aceptaremos estas solicitudes si son razonables y si nos paga por un costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito al funcionario de información pública a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este aviso.
- Solicite ver o obtener fotocopias de su información de salud. Por ley, hay algunas situaciones limitadas en las que podemos negarnos a permitir el acceso o la copia. Sin embargo, en su mayor parte, podrá revisar o recibir una copia de su información de salud dentro de los 30 días posteriores a la solicitud (o sesenta días si la información está almacenada fuera del sitio) Es posible que deba pagar las fotocopias por adelantado. Si rechazamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si hay una disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días del tiempo para que le demos acceso o fotocopias si le enviamos una notificación por escrito de la extensión. Si desea revisar u obtener fotocopias de su información de salud, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este aviso.
- Pídanos que enmendemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta. Si estamos de acuerdo, modificaremos la información dentro de los 60 días a partir de la fecha en que nos solicite. Enviaremos la información corregida a las personas que sabemos que obtuvieron la información incorrecta y otras que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición y la incluiremos con su información de salud junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una vez que se incluya su declaración de posición y / o nuestra refutación en su información de salud protegida, se la enviaremos cuando realicemos una divulgación permitida de su información de salud. Por ley, podemos tener una extensión de tiempo de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito de la extensión. Si desea solicitarnos que modifiquemos su información de salud, envíe una solicitud por escrito, incluidos los motivos de la enmienda, a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este Aviso.
- Obtenga una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más breve si lo desea). Por ley, la lista no incluirá divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; revelaciones con su autorización; revelaciones incidentales; divulgaciones requeridas por la ley; y algunas otras revelaciones limitadas. Usted tiene derecho a una de esas listas por año sin cargo. Si desea listas más frecuentes, deberá pagarlas por adelantado. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a su recepción, pero por ley podemos tener una extensión de tiempo de 30 días si le notificamos la extensión por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este aviso.
- Obtenga copias adicionales en papel de este aviso de prácticas de privacidad a solicitud. No importa si ya tiene uno electrónico o en papel. Si desea copias adicionales en papel, envíe una solicitud por escrito al oficial de información pública a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este aviso.

NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir con los términos de este aviso de prácticas de privacidad hasta que decidamos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Si cambiamos este aviso, entonces se aplicarán nuevas prácticas de privacidad a su información de salud que ya tenemos, así como a la información que podamos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro aviso de prácticas de privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y las publicaremos en nuestro sitio web.

QUEJAS

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentarnos una queja, envíe una queja por escrito a la oficina de contacto a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al comienzo de este aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el funcionario de HIPAA a la dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico que se muestra al comienzo de este aviso.

----- RASGA AQUÍ -----

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Anna A. Gumbs.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de firma:** _____