

PACIENTE INFORMACIÓN, MÉDICO HISTORIA, DENTAL HISTORIAL

La siguiente información se solicita con el fin de prestar los servicios de higiene dental adecuados y se mantendrá confidencial

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Apellido Primer nombre Medio Mes día año

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Género asignado al nacer: Masculino/Femenino

Identidad de género: No binario \_\_\_\_ Prefiero no revelar \_\_\_\_ ¿Prefiero autodescribirme

? ¿Pronombres preferidos?:

\_\_\_\_ ella/ella/de ella \_\_\_\_ él/él/su \_\_\_\_ ellos/ellos/suyos \_\_\_\_ Otro: Especifique \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ ¿En qué idioma te sientes cómodo hablando?: \_\_\_\_\_

Mejor manera de ser contactado: Teléfono \_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Otro : \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, por favor notifique a : \_\_\_\_\_

Nombre Parentesco Teléfono

¿Cómo se enteró de la clínica? CÍRCULO:

(1) Familiar/amigo (2) Anuncio (3) SRJC (4) En línea (5)Dentista: \_\_\_\_\_ (6) Otro: \_\_\_\_\_

Historial médico

1. ¿Cómo describiría su salud en general?

□ Pobre □ Regular □ Bueno

Si es pobre, explique \_\_\_\_\_

2. Fecha del último examen médico:

\_\_\_\_ mes/año \_\_\_\_ motivo de la visita

Médicos/ Nombre de la clínica:

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a qué hospital le gustaría ser transportado: \_\_\_\_\_

3. ¿Lo está tratando un médico ahora o lo ha tratado un médico en el último año?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, describa la condición: \_\_\_\_\_

4. ¿Le han dicho que necesita una premedicación antes del trabajo dental?

□ Sí □ No

5. ¿Enfermedades mayores / Hospitalizaciones / Cirugía?

Por favor liste: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay antecedentes de diabetes en su familia?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, identifique al miembro de la familia

7. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?

□ Sí □ No

Describe la discapacidad \_\_\_\_\_

8. ¿Embarazada?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

9. ¿Diagnosticado con apnea del sueño?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, ¿usa un CPAP?

□ Sí □ No

¿Hay algo que podamos hacer para que su visita con nosotros sea más cómoda?

For Clinician Use:

Initial Vitals: BP: \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

Stage: \_\_\_\_\_ ASA Classification: \_\_\_\_\_

W/O Modifications \_\_\_\_\_

W/ Modifications to Tx \_\_\_\_\_

PACIENTE INFORMACIÓN, MÉDICO HISTORIA, DENTAL HISTORIAL

La siguiente información se solicita con el fin de prestar los servicios de higiene dental adecuados y se mantendrá confidencial

¿Se ha enfermado, ha mostrado alergia o le han dicho que no tome alguno de los siguientes?

Lista de medicamentos Medicamento específico

- 10. Antibióticos (penicilina, etc.)  Sí  No \_\_\_\_\_
  - 11. Novacaína/anestésico dental  Sí  No \_\_\_\_\_
  - 12. Látex o sulfitos ( círculo)  Sí  No \_\_\_\_\_
  - 13. Otras drogas o medicamentos  Sí  No \_\_\_\_\_
- Si es otro, enumere \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado/tiene o está tomando medicamentos para?

- 14. Alergias/ fiebre del heno  Sí  No
- 15. Problemas pulmonares (tuberculosis, enfisema, asma)  Sí  No
- ¿Tiene su inhalador con usted? Si \_\_\_ No \_\_\_
- 16. Artritis o reumatismo  Sí  No
- 17. Enfermedad/síndrome autoinmune  Sí  No
- 18. Control de la natalidad/ menopausia (hormonas)  Sí  No
- 19. Sangre (hígado o suplementos de hierro, etc.)  Sí  No
- 20. Anticoagulantes (anticoagulantes)  Sí  No
- 21. Enfermedad de la sangre(anemia,leucemia,etc.)  Sí  No
- 22. Diabetes (píldoras o inyecciones)  Sí  No
- En caso afirmativo:  
¿De qué tipo?..... Tipo 1 \_\_\_ Tipo II \_\_\_  
¿Has comido hoy? ..... Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cuál fue su conteo de glucosa esta mañana? \_\_\_\_\_
- 23. Hipoglucemia  Sí  No
- 24. Dolores de cabeza  Sí  No
- 25. Condición cardíaca o presión arterial alta/baja  Sí  No
- 26. Ansiedad/depresión/problemas para dormir  Sí  No
- 27. Problemas estomacales (úlceras u otros)  Sí  No
- 28. Condición de la tiroides: hiper/hipotiroides  Sí  No
- 29. Usa lentes de contacto  Sí  No
- 30. Con una dieta prescrita (baja en sodio, etc.)  Sí  No
- 31. Uso de tabaco (fumar, mascar, vapear)  Sí  No
- En caso afirmativo, escriba: \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_
- 32. ¿Actualmente está usando marihuana  Sí  No
- 33. Dependencia de drogas-alcohol o drogas intravenosas  Sí  No
- 34. Pastilla para adelgazar (Fen-Phen o Redux)  Sí  No
- 35. Enfermedad cardíaca o vascular congénita  Sí  No
- 36. Cirugía cardíaca  Sí  No

- 37. Prótesis valvular  Sí  No
- 38. Marcapasos  Sí  No
- 39. Ataque al corazón  Sí  No
- 40. Accidente cerebrovascular  Sí  No
- 41. Cardiopatía reumática/fiebre reumática  Sí  No
- 42. Soplo cardíaco/prolapso de la válvula mitral  Sí  No
- 43. Enfermedad renal  Sí  No
- 44. Trasplante de órganos  Sí  No
- 45. Transfusión de sangre  Sí  No
- 46. Reemplazo de prótesis articular  Sí  No
- 47. Sangrado excesivo/moretos  Sí  No
- 48. Desmayos/ convulsiones/ epilepsia  Sí  No
- 49. Tumor o Cáncer  Sí  No
- En caso afirmativo, recibiendo Tx.....Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Círculo: Quimioterapia con radiación
- 50. Terapia con esteroides (cortisona, etc. )  Sí  No
- 51. Hepatitis/ enfermedad del hígado/ ictericia  Sí  No
- 52. ETS (sífilis, gonorrea, herpes)  Sí  No
- 53. VIH positivo o SIDA  Sí  No
- 54. Tomado bisfosfonato ( Actonel, Boniva, Fosamax)  Sí  No
- 55. Enumere cualquier otra afección que considere que debemos saber:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

56. Enumere todos los medicamentos, remedios a base de hierbas u homeopáticos que esté usando en este momento, incluidas las drogas recreativas: (adjunte una lista por separado si es necesario) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# PACIENTE INFORMACIÓN, MÉDICO HISTORIA, DENTAL HISTORIAL

La siguiente información se solicita con el fin de prestar los servicios de higiene dental adecuados y se mantendrá confidencial

## HISTORIA DENTAL

¿Cuál es el motivo de su visita? \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo describiría su salud oral?

Pobre  Regular  Bueno Si es pobre, explique: \_\_\_\_\_

2. Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

3. Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_  
Mes/ año

¿Propósito del examen? \_\_\_\_\_

4. Fecha de la última limpieza dental: \_\_\_\_\_  
Mes / año

5. Fecha de las últimas radiografías dentales: \_\_\_\_\_

Círculo: Bitewings FMX Panoramic Mes / año

6. Frecuencia de las revisiones dentales:

6 meses  Anualmente  Otro \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de rayos X que no sea una radiografía dental?

Sí  No En caso afirmativo, Razón: \_\_\_\_\_

8. ¿Qué tipo(s) de anestésicos se usaron para cualquier tratamiento dental anterior?  Xilocaína (inyecciones)

Óxido Nitroso (gas)  Anestesia general  Otro \_\_\_\_\_

9. ¿Alguna vez ha tenido una reacción inusual a la anestesia dental?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿más de una vez?  Sí  No

10. ¿Está nervioso por recibir tratamiento dental?  Sí, explique por qué \_\_\_\_\_  no

11. Después del tratamiento dental, ¿alguna vez ha tenido problemas de sangrado?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué medidas correctivas se requirieron? \_\_\_\_\_

12. ¿Alguien en su familia usa dentaduras postizas?  Sí  No En caso afirmativo, indique el motivo de la pérdida del diente: \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido/tiene:(marque la respuesta correcta)?**

13. Dificultad para masticar  Sí  No

14. Dificultad para abrir bien la boca  Sí  No

15. Problemas para apretar o rechinar los dientes  Sí  No

16. Lesiones en la cara, dientes, mandíbulas  Sí  No

17. Dientes sensibles  Sí  No

18. Dolor agudo en la boca o forúnculos en las encías  Sí  No

19. Ampollas/llagas de fiebre (¿lentas para sanar?)  Sí  No

20. Tratamiento de ortodoncia ( brackets)  Sí  No

21. Tratamiento periodontal (de las encías)  Sí  No

22. Tratamiento de endodoncia (canal radicular)  Sí  No

23. Implantes dentales  Sí  No

24. Prótesis (reemplazo de múltiples dientes)  Sí  No

25. Instrucciones para el control de la placa (uso de hilo dental)  Sí  No

26. Empastes o restauraciones del color de los dientes  Sí  No

27. Consejería Nutricional  Sí  No

**Alguna vez:**

28. ¿Piensa que sus dientes están afectando su salud general de alguna manera?  Sí  No

29. ¿Se siente insatisfecho con la apariencia de sus dientes?  Sí  No

30. ¿Se muerde los labios, las mejillas o los objetos con frecuencia?  Sí  No

31. ¿Tiene perforaciones en la boca o en la cara?  Sí  No

32. ¿Por qué cree que es importante limpiarse los dientes?

Es necesario eliminar el cálculo (sarro)  La mancha debe eliminarse

No puedo mantener mis propios dientes limpios  Otro \_\_\_\_\_

33. ¿Cuál cree que es su principal problema dental?

No tengo conocimiento de ninguno en este momento  Apíñamiento

Caries (caries dental)  Enfermedad periodontal (de las encías)  Otro

34. ¿Qué tipo de cepillo de dientes usa?

Suave  Med.  Duro  Eléctrico  No sé

35. ¿Qué tipo de pasta de dientes usas?

Con flúor  Sin flúor  No sé  Otro

36. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

1x/ día  2x/día  Otro Duración: \_\_\_\_\_ minutos

37. ¿Con qué frecuencia usa hilo dental?

diariamente  ocasionalmente  no

38. ¿Qué dispositivos de limpieza adicionales utiliza?

Water Pik  Perio aid  Proxabrush  Porta hilo dental

Estimulantes/palillos de dientes  Otro

39. ¿Se ha beneficiado del fluoruro en alguno de los

siguientes?  Agua potable  Tabletas  Pasta de dientes

Consultorio dental  Enjuague bucal

40. ¿Cuándo come alimentos que contienen azúcares?

Todo el tiempo  En diferentes momentos cada día

En las comidas  No coma dulces

**Doy fe del hecho de que los antecedentes médicos y dentales anteriores son reales y completos. Por la presente solicito y autorizo la prestación de servicios de higiene dental. (Se requiere la firma del padre o tutor para niños menores de 18 años)**

Firma del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre/Inicial del apellido del estudiante \_\_\_\_\_ DH # \_\_\_\_\_

Nombre de la facultad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dentista clínico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Santa Rosa Junior College**  
**CLÍNICA DE ENSEÑANZA DE HIGIENE DENTAL CONDICIONES DE TRATAMIENTO**

**INFORMACIÓN GENERAL:** La Clínica de Higiene Dental en SRJC es principalmente una clínica de enseñanza; por lo tanto pacientes recibir atención dental participará en el programa de enseñanza. El tratamiento se realizará mediante higiene dental. Estudiantes y serán supervisados por miembros de la facultad de Programas Dentales de SRJC. Tratamiento bajo supervisión requiere más tiempo que si se hace en un consultorio dental privado y puede requerir múltiples citas que duren aproximadamente tres horas cada uno. Debe continuar visitando a su dentista general con regularidad para exámenes y tratamientos dentales. La Clínica de Higiene Dental SRJC puede negarse a tratar a pacientes que no tienen exámenes dentales de rutina o tiene una enfermedad dental que requiere consideraciones de enfermedad dental que quedan fuera de nuestro alcance de tratamiento.

**SOLICITUD PARA CONVERTIRSE EN PACIENTE:** Solo los pacientes cuya atención es adecuada para fines docentes son elegibles para tratamiento en la Clínica de Higiene Dental SRJC. Todos los pacientes requieren una evaluación inicial para determinar su elegibilidad. Eso puede ser necesario que varios estudiantes realicen el tratamiento para completar el tratamiento. SRJC se reserva el derecho de denegar la aceptación en el tratamiento en la Clínica de Higiene Dental SRJC si se determina que un paciente no sería una oportunidad educativa apropiada. Es su responsabilidad mantener su contacto información actualizada para que los estudiantes puedan comunicarse con usted.

**CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES:** Antes de recibir tratamiento, debe preguntarle al estudiante sobre el procedimiento (s) que él / ella recomienda que se someta, y haga cualquier pregunta que pueda tener antes de decidir si da o no su consentimiento para que se realicen los procedimientos. Todos los procedimientos dentales pueden implicar riesgos o resultados infructuosos y complicaciones, y no se ofrece garantía de resultado o curación. Tienes derecho a ser informado de dichos riesgos, así como de la naturaleza del procedimiento, el beneficio esperado y la disponibilidad de métodos alternativos de tratamiento. Tiene derecho a dar su consentimiento o rechazar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento. Antes de su ejecución. Por el contrario, la Clínica de Higiene Dental de Santa Rosa Junior College se reserva el derecho de no realizar el tratamiento específico solicitado por usted si viola el estándar de atención en odontología y / o higiene dental cuidado o no contribuye a la oportunidad educativa del estudiante.

**FOTOGRAFÍAS:** Se pueden tomar fotografías del paciente para documentar una afección, los hallazgos del examen y / o fines didácticos.

**RESPONSABILIDADES FINANCIERAS:** A los pacientes que reciban tratamiento en la Clínica de Higiene Dental SRJC se les cobrará tratamiento de acuerdo con el programa de tarifas en la clínica. Las tarifas se cobran antes de comenzar el tratamiento; pacientes debe estar preparado para pagar los servicios antes de que comiencen los procedimientos. SRJC no presentará ningún reclamo por seguro dental.

**REGISTROS DENTALES:** Los registros, radiografías, fotografías y otros materiales relacionados con su tratamiento en el SRJC. La Clínica de Higiene Dental es propiedad de los Programas Dentales de SRJC. Tiene derecho a inspeccionar dichos materiales o solicite copias por escrito. Cumpliremos dentro de los 15 días hábiles. SRJC puede cobrar una tarifa razonable por este Servicio. También puede solicitar que le envíen sus radiografías dentales a otro proveedor de atención médica. Además, tu Los registros médicos / dentales se pueden usar con fines educativos y, si lo son, no se divulgará su identidad a personas que no participan en su atención y tratamiento.

**CUMPLIMIENTO DE SUS CITAS:** Se requiere que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Si encuentras que tu no puede asistir a una cita, debe notificar al estudiante o a la oficina de la clínica al menos con 24 horas de anticipación. Cancelaciones sin previo aviso de 24 horas, citas perdidas o intentos fallidos repetidos de organizar una La cita puede ser motivo para suspender el tratamiento adicional de un paciente en la Clínica de Higiene Dental SRJC.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PRODUCTO:** La dispensación de productos no constituye un respaldo de SRJC o el Departamento de Programas Su firma en este formulario certifica que ha leído y comprendido la información proporcionada en el formulario, que ha recibido una copia, y que acepta la atención de higiene dental bajo los términos y condiciones descritos.

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: padre / tutor / tutor 12/2021

# Políticas y prácticas de privacidad de los programas dentales de Allied

## Santa Rosa Junior College

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER OBTENIDA / REVISADA POR NUESTRA FACULTAD

Y ESTUDIANTES. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

Usted es un participante valioso en nuestro programa educativo y estamos sumamente interesados en proteger la privacidad de nuestros pacientes. Para ello, hemos desarrollado políticas y procedimientos de privacidad. Este aviso describe cómo salvaguardar estos datos para que su información de salud no se vea comprometida mientras sea un paciente en nuestro clínicas.

- ❖ "Información médica protegida" es información médica identificable individualmente transmitida o mantenida por medios electrónicos u otros.
- ❖ Usamos y divulgamos solo la información de salud protegida mínima para brindarle servicios. Ejemplos de dicho uso y divulgaciones hijo:

### Tratamiento

Usamos y divulgamos información médica para tratar a pacientes mediante formularios de historial médico y consentimiento para formularios de tratamiento y registros clínicos involucrados en la prestación de todos los servicios proporcionados por los estudiantes / profesores en

la Clínica Dental SRJC. Podemos obtener estos datos directamente de usted o de otro proveedor de atención médica. Podemos divulgar esta información médica a otro proveedor de atención médica o dentro de nuestro centro educativo en lo que respecta a su tratamiento en la Clínica Dental SRJC.

### Operaciones

Usamos y divulgamos información médica protegida para actividades relacionadas con los requisitos educativos del colegio, los requisitos de acreditación y el plan de estudios relacionados. Esto puede incluir calibrar el rendimiento de nuestros profesionales de la salud, realizando actividades de capacitación, acreditación y obtención de licencias o credenciales.

### Autorización

Podemos utilizar información médica protegida para otras muchas solo si usted nos ha autorizado por escrito para hacerlo. Sin embargo, no utilizamos los datos de salud del paciente de esta manera y no le pediremos su autorización para hacerlo.

- ❖ **Limitamos cómo, cuándo y dónde podemos divulgar información médica protegida. Cuando lo hacemos, divulgue solo la información mínima requerida. Los ejemplos incluyen:**

### Ley

Debemos divulgar información médica protegida si así lo exige la ley, una orden judicial u orden judicial, o para informar información sobre la víctima de un delito.

### Salud pública

Podemos divulgar información médica protegida a agencias de salud pública o de supervisión del gobierno según lo autorice ley.

### La seguridad

Podemos divulgar información médica protegida para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad de un estudiante o otros de tener lugar.

### Gobierno

Podemos divulgar información médica protegida según lo requieran las fuerzas armadas o el gobierno federal para la seguridad nacional.

y actividades de inteligencia.

\* Protegemos sus derechos con respecto a la información médica protegida de su oficina. Los pacientes tienen derechos con respecto a su información de salud protegida. Estos derechos incluyen:

### **Acceso**

Los pacientes pueden revisar y obtener una copia de la información médica protegida que conservamos.

### **Contabilidad**

Puede solicitar que contabilicemos cualquier divulgación que haya hecho de información médica protegida. Esta petición debe ser por escrito y no puede ser por un período superior a seis años y no incluir fechas anteriores al 14 de enero de 2014.

### **Restricción**

Puede solicitar que restrinjamos nuestra divulgación de información médica protegida. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar esta solicitud si tiene un impacto en nuestra Comisión de Directrices y Estándares de Acreditación de la ADA.

### **Comunicaciones**

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre nuestro manejo de la información médica protegida en una determinada manera, tiempo o lugar. Su solicitud debe ser por escrito y respetaremos todas las solicitudes razonables.

### **Cambios en nuestras políticas y procedimientos de privacidad**

Podemos cambiar las políticas y procedimientos contenidos en este aviso. Si realizamos un cambio sustancial en nuestras políticas y procedimientos, le proporcionaremos una copia actualizada de nuestras prácticas de privacidad cuando lo solicite.

### **Cómo contactarnos con respecto a la privacidad**

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos de privacidad de los pacientes o este aviso, quejas sobre cómo hemos protegido la privacidad de la información de salud protegida obtenida por nuestros estudiantes, o ideas sobre cómo mejorar mejor nuestra políticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica a continuación. Si cree que hemos violado los derechos de privacidad, puede comunicarse con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Persona de contacto** : Lucinda Fleckner, RDHAP, MS

Director: Programa de Educación en Higiene Dental

Santa Rosa Junior College

1501 Mendocino Ave.

Santa Rosa, CA 95401

(707) 527-4583

### **Declaración de derechos del paciente**

Como paciente de las Clínicas Dentales de Santa Rosa Junior College, puede esperar:

Cuidado profesional      Tratamiento sin discriminación      Cuidado respetuoso

Confidencialidad de todas las Comunicaciones      Para que se escuchen sus inquietudes

Para comprender sus necesidades de Tratamiento      Tratamiento en un ambiente seguro

Trato de calidad    Participar en todas las decisiones sobre su Tratamiento      Tener acceso a sus registros dentales

### **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA DE PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA ANTE LA OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

<http://www.hhs.gov/ocr/howtofileprivacy.htm>

Región IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, Oficina de Derechos Civiles de Jurisdicciones de las Islas del Pacífico afiliadas a los EE. UU.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

50 United Nations Plaza - Sala 322

San Francisco, CA 94102

(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)

(415) 437-8329 FAX

1501 Mendocino Avenue, Santa Rosa, CA 95401-4395 • (707)527-4271 • FAX (707)527-4426

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS

Acuso recibo de las Prácticas de privacidad y la Declaración de derechos del paciente de Santa Rosa Junior Colega.

## RECONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO FERPA

Santa Rosa Junior College cumple con FERPA y tiene políticas y procedimientos estrictos vigente que rige los registros y la privacidad de los estudiantes. Las fotografías de los estudiantes son estrictamente prohibido mientras se encuentre en el Centro Clínico del Departamento Dental de SRJC.

## CONSENTIR PARA USAR, DIVULGACIÓN Y SOLICITADO LIBERAR DE PROTEGIDOSALUD INFORMACIÓN

**Habiendo leído y entendido las Prácticas de Privacidad de Santa Rosa Junior College, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento y atención médica. También doy mi consentimiento para la divulgación de mi información cuando lo solicite, en el lugar que yo elija. Entiendo que mis registros estarán accesibles durante 7 años. Entiendo que no estoy obligado a dar este consentimiento para que el programa use mi información médica protegida para operaciones de tratamiento y atención médica. También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito enviando la revocación al Director del programa que figura en el aviso de Prácticas de privacidad. Además entiendo que si me niego a dar mi consentimiento, o si lo revoco, el programa rechazar a llevar a cabo procedimientos en a mí.**

Al firmar a continuación, reconozco que he tenido la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre estas políticas y reglamentos:

Con fecha de: \_\_\_\_\_

Imprimir Paciente Nombre: \_\_\_\_\_

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

Si desea revocar su consentimiento para cualquiera de los anteriores, solicite en recepción un formulario de revocación de consentimiento.