



Community Health Center, Inc. Mobile Dental Services



Everyone smiles when CHC Mobile Dental comes to visit!

- Your children need regular dental care to stay healthy.
- CHC Mobile Dental Services offers high quality, affordable care for children who are uninsured or those on state insurance.
- From cleanings and education to preventative and restorative treatments, CHC Mobile Dental Services helps your child get and maintain a winning smile.

SIGN UP TODAY!

SEE FORMS INSIDE BROCHURE

¡Todos sonríen cuando el servicio dental móvil de CHC nos visita!

- Sus hijos necesitan atención dental regular para estar sanos.
- Los servicios dentales móviles de CHC ofrecen una atención de alta calidad para los niños que no tienen seguro o para aquellos que tienen seguro del estado.
- Desde limpiezas y educación a tratamientos de prevención y restauración, los servicios dentales móviles de CHC ayudan a su hijo a conseguir y mantener una sonrisa ganadora.

¡REGÍSTRESE HOY!

VEÁSE LOS FORMULARIOS DENTRO DEL FOLLETO

What is mobile dental? How does it work?

- 1 SIGN UP:** Fill out the forms found in this brochure and return them to the place where you received this packet. Your child is now enrolled and will be seen the next time mobile dental comes to visit!
- 2 GET DENTAL CARE AUTOMATICALLY:** Your child will get a cleaning visit from a hygienist every 6-8 months (as schedules allow) wherever your child is (at school/daycare) until you withdraw your child from the program.
- 3 GET HELP TO FIX ANY PROBLEMS:** If there are any cavities or problems with your child's teeth, we will notify you and with your help, get the problem fixed! We have a Dentist that can perform most procedures at the school. If we aren't able to do the work needed at school, our care coordinators will assist you in getting your child the dental services needed.

Dental Services Provided:

- **Education:** We help your child learn good oral hygiene habits.
- **Diagnosing:** We spend time to assess what your child needs.
 - Hygienist Screenings
 - Dental Exams
 - X-rays
- **Preventing:** We strive to prevent decay before it happens!
 - Regular cleanings
 - Fluoride treatment
 - Sealants
- **Restoring:** When children's teeth have problems, we work to fix them as soon as possible.
 - All restorative services needed are provided in school wherever possible.
 - Children who need oral surgery are referred to expert partners.

Explanation of Charges*:

SERVICE	COST TO MEDICAID/HUSKY PATIENT	COST TO UNINSURED PATIENT
Hygiene Screening	Free	Free
Cleaning (includes x-ray and fluoride)	Free	\$30
Sealants	Free	\$25
Dental Exam	Free	\$18
Restorative Dental Treatment (1 visit)	Free	\$50

* These fees only apply to treatment done by the Mobile Dental Program. Normal fees apply when service is performed in the dental office.

Eligible Patients**:

- **CHILDREN who have state insurance (Medicaid/HUSKY)**
- **UNINSURED CHILDREN**

**This program was designed to provide more access to dental care for those who face barriers. We will accept children with private insurance in special circumstances and only if the family has no current dental provider.

CHC Mobile Dental Services Staff:

Our staff are friendly, compassionate, experienced, and dedicated. They are all fully licensed and supervised. Your child will be treated by a team that consists of:

- **Hygienist:** Who will educate your child, provide regular cleanings, sealants, and x-rays.
- **Dentist and Dental Assistant:** Who will do a yearly dental exam and provide any follow up treatment necessary.
- **Care Coordinator:** Who will answer any of your questions and help you get the care your child needs.

Your Responsibilities:

Please notify us if any of the following changes:

- Your address or contact information
- Your child's medical history
- You don't want your child enrolled anymore
- You have brought your child for dental care elsewhere

Frequently Asked Questions:

Is the dental care my child will get high quality?

Yes, our experienced staff provide the same high quality dental care you will find in any modern office with the latest equipment and training.

I'm uninsured, how do I know if I qualify for state insurance?

We have staff who are happy to help walk you through the process. Call any of our offices and ask to speak to an access to care staff person for an appointment to see if you qualify for Medicaid.

This brochure is also available in English/Polish and English/Portuguese.

Call your local CHC Mobile Dental Care Coordinator today for more information.



CHC Mobile Dental Care Coordinators Coordinadores del servicio de atención dental móvil de CHC

ENFIELD AREA
(860) 253-9024
extension 2270
thibeam@chc1.com

NEW HAVEN COUNTY
(203) 237-2229
extension 6077
sotoe@chc1.com

MIDDLESEX COUNTY
(860) 347-6971
extension 3207
murphy@chc1.com

NEW BRITAIN AREA
(860) 893-0800
extension 5163
abbasir@chc1.com

NEW LONDON COUNTY
(860) 447-8304
extension 8055
silvamy@chc1.com

NORWALK
(203) 854-9292
extension 7204
guzmans@chc1.com

STAMFORD
(203) 969-0802
extension 2995
moralem@chc1.com



ENROLLMENT FORM

Return this form to your Dental Care Coordinator or your child's school nurse as soon as possible.

OFFICE USE ONLY

Provider Signature: _____
Date: _____

PATIENT ENROLLMENT INFORMATION:

Do you prefer to learn in writing or by talking? Writing Talking

Please check one: I would like to enroll in Mobile Dental Services. I am already enrolled. I would like to update information.

Does patient attend school? Yes No If yes, name of school: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Patient's first name: _____ Last name: _____ Date of birth (DOB): _____

Street address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Race: White Hispanic Black Black Hispanic White Hispanic Asian American Indian Other _____

Social Security Number (SSN): _____ Sex of patient: Male Female

Name of Parent or Guardian: _____ Relationship to patient: _____ DOB: _____

Street address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Home phone: _____ Cell phone: _____ Work phone: _____ E-mail: _____

Name of Emergency Contact: _____ Relationship to patient: _____ Phone: _____

PATIENT'S DENTAL INSURANCE INFORMATION:

Please check one: I have dental insurance (details below.) I do not have dental insurance.

Primary Insurance: _____ Insurance/Medicaid ID# _____ Group # _____ Insurance phone: _____

Name of Policy Holder: _____ SSN: _____ DOB: _____ Employer: _____

Secondary Insurance: _____ Insurance/Medicaid ID# _____ Group # _____ Insurance phone: _____

Name of Policy Holder: _____ SSN: _____ DOB: _____ Employer: _____

PATIENT MEDICAL HISTORY:

Name of patient's Physician: _____ Phone: _____ Date of last exam: _____

Name of patient's last Dentist: _____ Phone: _____ Date of last cleaning: _____

Is the patient:

- Y N a current CHC dental patient?
- Y N allergic to or had a reaction to:
 - foods latex
 - local anesthetics (Lidocaine, etc.)
 - medicines (including Penicillin, antibiotics)
- Y N taking any medication now? _____
- Y N pregnant?
- Y N nursing?

Does the patient:

- Y N have any health problems?
- Y N have any teeth causing pain?
- Y N have bleeding gums while brushing or flossing?
- Y N wear dentures? partial full
- Y N have any heart problems? heart murmur congenital heart defects?
- Y N need a pre-medication before dental treatment?
- Y N smoke or use chewing tobacco?

Has the patient:

- Y N had any serious injuries or sports-related injuries?
- Y N ever been hospitalized overnight?
Date: _____
- Y N had any changes in their health over the past year?
If yes, list: _____
- Y N had a dental cleaning in the last six months?

Has the patient had any of the following illnesses or problems?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anemia or blood disorders | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cancer/leukemia | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Learning disabilities | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Severe acne |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anxiety/depression | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Chicken Pox | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Thyroid disease |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Asthma | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diabetes | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Pneumonia | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Autism <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> severe | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Endocrine/gland disease | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Rheumatic fever or heart disease | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Ulcer/digestive problems |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Birth defects such as heart, brain etc. | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Headaches/migraines | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Scoliosis | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Other mental health issues |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Bladder or kidney infections | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hepatitis | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Seizures | |

Please explain any "Yes" answers: _____

Is there anything else that you think our staff should know before treating the patient? _____

Please check box for each statement and sign at the bottom:

- Y I give permission for myself/my child to be treated and receive services by the mobile dental staff (Community Health Center, Inc. (CHC)).
- Y I certify that the health information provided is accurate to the best of my knowledge. I understand that providing incorrect information can be dangerous to the patient's health. I will contact the mobile dental staff at The Community Health Center, Inc. if at any point there are changes to the Patient Medical History.
- Y I agree that messages can be left for me on the telephone number provided in the Patient Information section of this form.
- Y I have received a copy of CHC's Rights and Responsibilities Policy.
- Y **Release of Information and Payment Authorization:** I authorize the release of any medical or other information necessary to process my claim. I also authorize payment of medical benefits to CHC for service provided.
- Y **Consent and Acknowledgement of Privacy Practices:** I consent to the use or disclosure of my protected health information by CHC to any person or organization for the purposes of carrying out treatment, obtaining payment or conducting certain healthcare operations. Protected health information used or disclosed by CHC may include HIV/AIDS related information, psychiatric and other mental health information, and drug and alcohol treatment information, as long as such information is used or disclosed in accordance with Connecticut and Federal law, which may require you to provide specific authorization. I understand that information regarding how CHC will use and disclose my information can be found in CHC's Notice of Privacy Practices. I understand that this consent is effective for as long as CHC maintains my protected health information.
- Y **Authorization for Exchange of Health & Education Information:** I hereby authorize CHC to exchange health and education records with my child's school district/location of service for the purpose of providing care and treatment to my child, if applicable.
- Y This authorization is valid until I revoke this authorization. I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records if received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by the Family Educational Rights and Privacy Act. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my or my child's ability to obtain health care. I agree that a copy of this authorization is as valid as the original.
- Y By signing below, I understand and acknowledge the following: 1) I have read and understand this consent; and, 2) I have received CHC's Notice of Privacy Practices currently in effect.

Print name of individual or parent/legal guardian: _____ Signature: _____ Date: _____



CONSENT FORM

Return this form to your Dental Care Coordinator or your child's school nurse as soon as possible.

OFFICE USE ONLY

Provider Signature: _____
Date: _____

CONSENT FOR PEDIATRIC DENTAL PROCEDURE AND ACKNOWLEDGEMENTS OF RECEIPT OF INFORMATION:

Child's name: _____ Child's school: _____

Name of Parent or Guardian: _____ Relationship to patient: _____ Date: _____

I give my permission for the Dentist, dental residents, and/or student supervised Dentist to perform the following procedures on my child or legal ward. In general terms, the dental treatment or procedures will include:

- Exam, cleaning, x-rays, fluoride _____
- Radiographs and molds of teeth
- Dental Restorative procedures (fillings, pulpotomies, root canals, and stainless steel crowns) including the use of local anesthesia, mouth prop, or with voice control

I do not give my consent for: _____

Explanation of procedures: The nature and the purpose of the procedures have been provided to me. Alternative procedures, if any, have also been provided to me, along with their advantages, disadvantages, and risks. I realize that good results are expected, but the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated, therefore no guarantees, expressed or implied, can be given for treatment results.

Risks: Although their occurrence is not frequent, some risks and complications are known to be associated with dental procedures, the most common of which include children biting and injuring their tongue or lip following the administration of local anesthesia and soreness around the area being treated. In addition, less common complications include the risks of infection and swelling.

Mobile Dental Services: I give permission for my child to be treated and receive services by the mobile dental staff in any location deemed appropriate for service by The Community Health Center. For the convenience of patients, CHC hygienists will treat patients at schools, WIC offices, and other community locations when possible. Patients will receive the same high quality dental care which may include a cleaning, fluoride treatment, placement of sealants, x-rays, dental exams, and restorative work including the procedures listed above.

Authorization for Exchange of Health and Education Information: I hereby authorize CHC to exchange health and education records with my child's school district or other organization where my child's dental care is performed for the purpose of providing care and treatment to my child, if applicable. See Notice of Privacy Practices on back cover.

PATIENT BILL OF RIGHTS AND STATEMENT ON PATIENT SAFETY

You and your family have the right:

- To receive care that meets the highest standards for patient safety. CHC, Inc. has adopted the Joint Commission's national patient safety standards for ambulatory care. We always verify our patients identity (even if we know you well!). We make sure there is clear communication between each of your clinical team members. We follow strict standards for infection control. We have systems to prevent medication errors and to ensure that all test results receive prompt follow up. Please feel free to ask any CHC staff person about our patient safety program!
- To receive appropriate and respectful care regardless of race, gender, sexual orientation, ethnicity, and disability.
- To considerate and respectful care regardless of method of payment.
- To examine and receive a comprehensive explanation of cost of services.
- To access adequate and medical treatment and to be fully informed of all of the services available at CHC.
- To privacy and to expect that privacy be respected by the CHC staff.
- To the confidential treatment of medical records. Information from the patient's medical record will not be released without the patient's consent, except in an emergency situation or one required by law.
- To be provided with all of the necessary information needed to make sound decisions regarding your medical care, in a language and/or format in which the patient understands.
- To receive information necessary to give informed consent prior to any diagnostic or therapeutic procedures, treatment protocols, and your involvement in any clinical research trials.
- To be fully informed of your provider's qualifications, treatment processes, and any clinical protocols in managing their care.
- To participate with your provider in treatment planning decisions.
- To refuse treatment to the extent permitted by law, and to be fully informed of the medical consequences of such refusal. Patients executing this right will not be prevented from seeking future services at Community Health Center.
- To make an advanced directive through a living will or power of attorney to the extent permitted by law, and to be informed of the medical consequences of their decisions. Patients wishing to develop an advanced directive will receive assistance from appropriate staff members in formulating an advanced directive.
- To continuity of care.

- To voice concerns, opinions, and complaints with regard to any policies and services provided by CHC without fear of coercion or disrespectful treatment by CHC staff. Complaints can be made verbally or in writing by contacting any member of the CHC staff. CHC will respond within fourteen days.
- To expect that CHC will assist you in accessing protective services. All CHC staff who interact with patients receive training in protective services for domestic violence, child and elder abuse.
- To appropriate assessment and management of pain as an important part of care. This includes education regarding the role of the patient and family in managing pain, and education as to the potential limits and side effects of pain treatment.
- To access, request amendment to, and receive an accounting of disclosures regarding your own health information as permitted under applicable law.

Your responsibilities as a patient:

- To maintain good handwashing practices to prevent infection.
- To provide, to the extent possible, health information about past or current health issues so that the provider can formulate an individual and appropriate treatment plan.
- To work collaboratively with your provider in formulating a plan or care.
- To comply, to the best of your ability, with the treatment plan and other healthcare instructions, agreed upon with your provider.
- To take prescribed medications only as directed
- To ask questions regarding medical diagnosis or treatment plan if you do not understand the information.
- To speak openly and honestly with your provider if you are dissatisfied with the provider or treatment plan, or have concerns regarding care.
- To keep appointments and be on time. If you need to cancel and reschedule an appointment, call CHC at least 24 hours in advance if possible.
- To read any information given to you by CHC and insurance provider and/or ask for help with any questions you may have.
- To treat the staff at CHC courtesy and respect
- To accompany any minors or individuals for whom you are the parent/guardian to each visit, or to assure that the appropriate written authorization is provided.
- To speak with your provider or contact CHC if you have any questions or concerns regarding these patient rights and responsibilities.

I understand that I will not necessarily be present at the time of my child's dental appointment.

This authorization is valid until I revoke this authorization. I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records if received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by the Family Education Rights and Privacy Act.

I agree to notify CHC of any changes in health history that may affect my child's health care. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my or my child's ability to obtain health care at CHC's fixed clinic. I agree that a copy of this authorization is as valid as the original.

I have read and understand this consent form. I have been given the opportunity to ask questions about the treatment. I understand that I have the right to be provided with answers to questions about the treatment that I might have during the course of my child's treatment. I understand that I am free to withdraw my consent to treatment at any time.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ Date: _____

Signature of Dentist: _____ Date: _____

¿Qué es el servicio dental móvil? ¿Cómo funciona?

- 1 INSCRÍBALO:** Complete los formularios que encontrará en este folleto y devuélvalos al lugar donde recibió este paquete. Su hijo ya está inscrito y lo atenderán la próxima vez que el servicio dental móvil nos visite.
- 2 CONSIGA ATENCIÓN DENTAL AUTOMÁTICAMENTE:** Un higienista le hará una visita a su hijo para hacerle una limpieza cada 6 a 8 meses (según lo permitan los programas) en el lugar donde esté (en la escuela o en la guardería) hasta que usted lo retire del programa.
- 3 CONSIGA AYUDA PARA SOLUCIONAR CUALQUIER PROBLEMA:** Si hay caries o problemas en los dientes de su hijo, se lo comunicaremos a usted y, con su ayuda, ¡solucionaremos el problema! Tenemos un Dentista que puede realizar la mayoría de los procedimientos en la escuela. Si no podemos realizar el trabajo necesario en la escuela, nuestros coordinadores de atención lo ayudarán a conseguir los servicios dentales que su hijo necesita.

Servicios dentales que ofrecemos:

- **Educación:** Ayudamos a su hijo a aprender buenos hábitos de higiene bucal.
- **Diagnóstico:** Dedicamos tiempo a evaluar lo que su hijo necesita.
 - Exámenes realizados por el higienista
 - Exámenes dentales
 - Radiografías
- **Prevención:** ¡Nos esforzamos por prevenir las caries!
 - Limpiezas regulares
 - Tratamiento con fluoruro
 - Selladores
- **Restauración:** Cuando hay problemas en los dientes de los niños, trabajamos para arreglarlos lo antes posible.
 - Todos los servicios de restauración necesarios se ofrecen en la escuela, donde sea posible.
 - Referimos a los niños que necesitan cirugía bucal a socios expertos.

Explicación de los gastos*:

SERVICIO	COSTO PARA EL PACIENTE DE MEDICAID/HUSKY	COSTO PARA EL PACIENTE SIN SEGURO
Examen de higiene	Gratis	Gratis
Limpieza (incluye radiografías y fluoruro)	Gratis	\$30
Selladores	Gratis	\$25
Examen dental	Gratis	\$18
Tratamiento dental restaurador (1 visita)	Gratis	\$50

* Estos costos se aplican solo a los tratamientos ofrecidos por el programa dental móvil. El costo de los servicios ofrecidos en nuestras oficinas dentales será de acuerdo a nuestros precios normales.

Pacientes elegibles**:

- NIÑOS que tengan seguro del estado (Medicaid/HUSKY)
- NIÑOS SIN SEGURO

**Este programa fue diseñado para darles más acceso a la atención dental a aquellos que tienen dificultades. Lo consideraremos sólo si el niño no tiene actualmente ningún proveedor de servicios dentales.

El personal de servicios dentales móviles de CHC:

Nuestro personal es amigable, comprensivo, experimentado y dedicado. Todos tienen licencia y son supervisados. A su hijo lo tratará un equipo que está compuesto por:

- **Higienista:** Quien educará a su hijo, le hará limpiezas regulares, radiografías y le colocará selladores.
- **Dentista y asistente dental:** Quienes le realizarán un examen dental por año y le darán el tratamiento de seguimiento que sea necesario.
- **Coordinador de atención:** Quien contestará sus preguntas y lo ayudará a conseguir la atención que su hijo necesita.

Sus responsabilidades:

Comuníquenos si hay algún cambio en cualquiera de los siguientes puntos:

- Su dirección o información de contacto
- La historia clínica de su hijo
- Si ya no desea inscribir a su hijo
- Si ha llevado a su hijo a otro lado para recibir atención dental

Preguntas frecuentes:

La atención dental que mi hijo recibirá, ¿es de alta calidad?

Sí, nuestro personal experimentado proporciona la misma atención dental de alta calidad que usted encontrará en cualquier consultorio moderno con lo último en equipos y en capacitación.

No tengo seguro, ¿Usted sabe como califico para el seguro del estado?

Tenemos personal que lo ayudará en ese proceso. Llame a cualquiera de nuestras oficinas y pida hablar con un miembro del personal de atención para pedir una cita para ver si reúne los requisitos para tener Medicaid.

Este folleto también está disponible en inglés/polaco y en inglés/portugués.

Para más información llame al coordinador móvil del CHC local.

Community Health Center Dental Offices Oficinas dentales del Community Health Center

MERIDEN

165 Miller Street
Meriden, CT 06450
(203) 639-3500

MIDDLETOWN

635 Main Street
Middletown, CT 06457
(860) 347-6971

NEW BRITAIN

1 Washington Square
New Britain, CT 06051
(860) 893-0800 extensión 5163

NEW LONDON

One Shaw's Cove
New London, CT 06320
(860) 447-8304

NORWALK

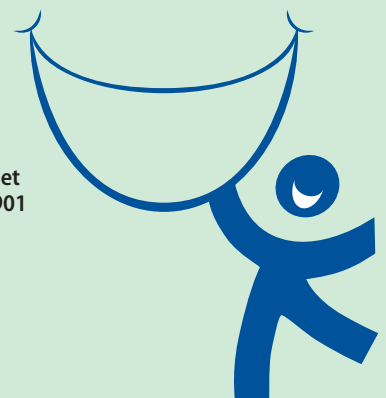
49 Day Street
Norwalk, CT 06854
(203) 854-9292

OLD SAYBROOK

263 Main Street, Room 202
Old Saybrook, CT 06475
(860) 388-4433

STAMFORD

141 Franklin Street
Stamford, CT 06901
(203) 969-0802





FORMA DE INSCRIPCIÓN

Envíe el formulario al coordinador del programa móvil o a la enfermera de la escuela lo mas antes posible.

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

¿Prefiere usted aprender por escrito o verbalmente? Escrito Verbalmente

Marcar lo que corresponda: Quisiera inscribirme en los servicios dentales móviles. Ya estoy inscripto. Quisiera actualizar la información.

¿Asiste el paciente a la escuela? Sí No Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Primer nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Raza: Blanca Hispana Negra Negra Hispana Blanca Hispana Asiática India Americana Otro: _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ Sexo del paciente: Masculino Femenino

Nombre del padre o tutor: _____ Relación con el paciente: _____ DOB: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL DEL PACIENTE:

Marcar lo que corresponda: Tengo seguro dental (los detalles abajo.) No tengo seguro dental.

Seguro Primario: _____ No. de ID de Seguro/Medicaid: _____ No. de Grupo: _____ Teléfono del seguro: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ SSN: _____ DOB: _____ Empleador: _____

Seguro Secundario: _____ No. de ID de Seguro/Medicaid: _____ No. de Grupo: _____ Teléfono del seguro: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ SSN: _____ DOB: _____ Empleador: _____

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE:

Nombre del médico del paciente: _____ Teléfono: _____ Fecha de último examen: _____

Nombre del último Dentista del paciente: _____ Teléfono: _____ Fecha de última limpieza: _____

¿Es el paciente/Está el paciente:

- Y N un paciente del servicio dental de CHC?
- Y N alérgico o ha tenido una reacción alérgica a:
 - alimentos látex
 - anestesia local (Lidocaína, etc.)
 - medicamentos (incluidos Penicilina, antibióticos)
- Y N tomando algún medicamento actualmente?
- Y N en estado de embarazo?
- Y N amamantando?

¿Tiene el paciente:

- Y N algún problema de salud?
- Y N algún dolor en los dientes o muelas?
- Y N encías sangrantes al cepillar los dientes o pasar hilo dental?
- Y N dentadura postiza? parcial total
- Y N algún problema en el corazón? soplo?
- Y N defectos de nacimiento?
- Y N necesidad de recibir una medicación antes del tratamiento dental?
- Y N el hábito de fumar o mascar tabaco?

¿El paciente ha:

- Y N tenido alguna lesión grave o relacionada con la actividad deportiva?
- Y N estado hospitalizado una noche alguna vez?
Fecha: _____
- Y N tenido algún cambio en su salud durante el último año?
Si responde sí, indique los cambios: _____
- Y N tenido una limpieza dental en los últimos seis meses?

¿Ha sufrido el paciente alguna de las enfermedades o trastornos que se indican a continuación?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Anemia o trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cáncer/leucemia | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Trastornos de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Acné grave |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Ansiedad/depresión | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Varicela | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Asma | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diabetes | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Neumonía | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Autismo <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> severo | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Enfermedad endocrínológica/glandular | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Fiebre reumática o enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Úlceras/problemas digestivos |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Problemas congénitos en el corazón, cerebro, etc. | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Dolor de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Escoliosis | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Otros problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Infección urinaria o renal | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Hepatitis | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Ataques | |

Explique cualquier respuesta que sea un "Sí": _____

¿Hay algo más que cree que nuestro equipo debería saber antes de iniciar el tratamiento del paciente?

Marcar cada uno de los casilleros y firmar al pie:

- Y Autorizo al equipo dental móvil (Community Health Center, Inc. (CHC)) para que me brinde tratamiento y servicios y para que brinde tratamiento y servicios a mi hijo(a). Se preparará una breve historia clínica durante la primera visita al proveedor de servicios médicos.
- Y Certifico que la información sobre salud que he declarado es verdadera, según mi leal saber y entender. Entiendo que brindar información incorrecta puede ser perjudicial para la salud del paciente. Me comunicaré con el equipo dental de The Community Health Center, Inc. si en algún momento ocurre un cambio en la Historia Clínica del Paciente.
- Y Doy mi consentimiento para que me dejen mensajes en el contestador automático del número de teléfono proporcionado en la sección Información sobre el Paciente de este formulario.
- Y Acepto asegurar que tanto yo como mi hijo(a) recibamos el tratamiento de seguimiento indicado por el especialista en salud dental o Dentista.
- Y He recibido una copia de la Política de Derechos y Obligaciones de CHC.
- Y **Entrega de información y autorización de pago:** Autorizo la entrega de toda información médica o de otro tipo que sea necesaria para procesar mi reclamo. También autorizo el pago de los beneficios médicos a CHC por el servicio brindado.
- Y **Consentimiento y ratificación de las prácticas de privacidad:** Doy mi consentimiento para que CHC use o revele la información confidencial relativa a mi salud a cualquier persona u organización para realizar un tratamiento, obtener un pago o hacer una operación relacionada con el cuidado de la salud. Entre la información confidencial relativa a la salud usada o revelada por CHC se incluye información relacionada con VIH/SIDA, información psiquiátrica y otra información sobre salud mental e información sobre tratamiento para abuso de drogas y alcohol, siempre y cuando dicha información fuera usada o revelada conforme a las leyes de Connecticut y a las leyes federales, las cuales pueden exigir la presentación de una autorización específica. Entiendo que en la Notificación de Prácticas de Privacidad de CHC es posible encontrar la información sobre la manera en que CHC usará y revelará mi información. Entiendo que este consentimiento es válido siempre que CHC conserve la información confidencial relacionada con mi salud.
- Y **Autorización de intercambio de información sobre salud y educación:** Por el presente autorizo a CHC a intercambiar expedientes de salud y de educación con el distrito escolar de mi hijo a fin de brindar cuidado y tratamiento a mi hijo(a).
- Y Esta autorización es válida hasta que yo la retire. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante la entrega de una notificación escrita y el retiro de mi consentimiento. Reconozco que los expedientes de salud recibidos por el distrito escolar no podrán estar protegidos por la Norma de Privacidad HIPAA pero pasarán a ser expedientes académicos protegidos por la Ley de Derechos de Educación y Privacidad. También entiendo que si me niego a firmar, la negativa no afectará la capacidad de mi hijo de obtener servicios de cuidado de la salud. Acepto que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.
- Y Al firmar abajo, entiendo y acepto lo siguiente: 1) He leído y entendido este consentimiento; y, 2) he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de CHC vigente en la actualidad.

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona o su padre o tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____



FORMA DE CONSENTIMIENTO

Envíe el formulario al coordinador del programa móvil o a la enfermera de la escuela lo más antes posible.

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DENTAL PEDIÁTRICO Y CONSTANCIA DE RECIBO DE INFORMACIÓN:

Nombre del niño: _____ Nombre de la escuela: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo al Dentista, a los residentes y estudiantes de odontología supervisados para que realicen los siguientes procedimientos en mi hijo o en el niño que tengo a mi cargo. En términos generales, el tratamiento dental o los procedimientos incluirán lo siguiente:

- examen, limpieza, radiografías, flúor _____
- radiografías y moldes de dientes o molares
- procedimientos de restauración dental (relleno, pulpotomía, endodoncias y coronas de acero inoxidable) que incluyen el uso de anestesia local, abre bocas, o con control de voz

No autorizo al Dentista, a los residentes, y estudiantes de odontología supervisados para que: _____

Explicación de los procedimientos: Me han informado sobre la naturaleza y el propósito de los procedimientos. También me han informado sobre procedimientos alternativos, si los hubiera, sus ventajas, desventajas y riesgos. Sé que se esperan buenos resultados pero no es posible prever con precisión la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones. Por lo tanto, no pueden darse garantías, expresas o tácitas, sobre los resultados del tratamiento.

Riesgos: Si bien no es frecuente que ocurran, se conocen algunos riesgos y complicaciones asociados con procedimientos dentales, entre los cuales se incluye morderse y lastimarse la lengua o los labios tras la administración de la anestesia local y dolor en la zona tratada. Además, entre las complicaciones menos usuales se incluyen los riesgos de infección e inflamación.

Servicios dentales móviles: Autorizo a que mi hijo reciba tratamiento y servicios del personal dental móvil en cualquier lugar donde el Community Health Center considere conveniente. Para la comodidad de los pacientes, los especialistas de CHC tratarán a los pacientes en las escuelas, oficinas WIC y otros lugares comunitarios siempre que sea posible. Todos los pacientes recibirán la misma atención dental de alta calidad que incluye una limpieza, tratamiento con flúor, colocación de sellados, radiografías, exámenes dentales y trabajo de restauración, en los que se incluyen los procedimientos mencionados.

Autorización de intercambio de información sobre salud y educación: Por la presente autorizo a CHC a intercambiar expedientes sobre salud y educación con el distrito escolar de mi hijo o con otra organización donde se brinde atención dental a mi hijo para darle atención y tratamiento, en su caso. Ver Notificación de Prácticas de Privacidad más adelante.

DECLARACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ENUNCIACIÓN DE SUS DERECHOS

Usted y su familia tienen el derecho de:

- Recibir atención médica que cumpla con las más estrictas normas de seguridad del paciente. CHC, Inc. adhiere a las normas de seguridad del paciente que ha establecido la Comisión Conjunta en el ámbito nacional para la atención médica ambulatoria. Siempre nos aseguramos de que nuestros pacientes se identifiquen (aunque los conozcamos bien). Nos aseguramos de que fluya una clara comunicación entre cada uno de los miembros de su equipo clínico. Seguimos normas estrictas para el control de las infecciones. Contamos con sistemas para evitar errores relativos a medicamentos y para garantizar que todos los resultados de las pruebas reciban un seguimiento inmediato. No dude en consultar a cualquier integrante del personal del CHC acerca de nuestro programa de seguridad del paciente.
- Recibir atención médica adecuada y digna, cualquiera sea su raza, sexo, orientación sexual, pertenencia étnica y minusvalía.
- Recibir atención médica considerada y digna, cualquiera sea el método de pago que use.
- Consultar y recibir una explicación completa del costo de los servicios.
- Acceder a tratamientos médicos adecuados y recibir información completa de todos los servicios disponibles en el CHC.
- Tener privacidad y contar con que ésta será respetada por el personal del CHC.
- Recibir un trato confidencial de su historia clínica. Contar con que la información de la historia clínica del paciente no será divulgada sin el consentimiento del paciente, salvo en casos de emergencia o cuando la ley así lo exija.
- Recibir toda la información necesaria para tomar decisiones sólidas con respecto a su atención médica, con palabras o de forma entendible desde la perspectiva del paciente.
- Recibir la información necesaria para manifestar un consentimiento informado antes de cualquier procedimiento de diagnóstico o terapéutico, la elección de protocolos de tratamiento y su participación en cualquier ensayo de investigación clínica.
- Recibir plena información sobre las calificaciones de su proveedor, los procesos de tratamiento y cualquier protocolo clínico inherente al manejo de la atención médica que éstos brindan.
- Participar, junto a su proveedor, en las decisiones de la planificación del tratamiento.
- Rechazar un tratamiento dentro del marco de la ley y recibir plena información de las consecuencias médicas que tal rechazo implicaría. Los pacientes que ejerzan este derecho no estarán privados de obtener otros servicios más adelante en el Community Health Center.
- Hacer una directiva anticipada a través de un testamento en vida o un poder notarial dentro del marco de la ley, y recibir información de las consecuencias médicas de sus decisiones. Los pacientes que deseen hacer una directiva anticipada recibirán la ayuda de los integrantes del personal adecuados para la preparación de este documento.

- Recibir atención médica continua.
- Expresar inquietudes, opiniones y quejas con respecto a cualquier política y servicio brindado por el CHC, sin temor a la coerción o a un trato irrespetuoso por parte del personal del CHC. Para expresar una queja, que podría ser oral o escrita, debe comunicarse con cualquier integrante del personal del CHC. El CHC le responderá dentro de un plazo de 14 días.
- Contar con que el CHC le brindará ayuda sobre el acceso a servicios de protección. Todo el personal del CHC que interactúe con los pacientes recibirá capacitación en servicios de protección en materia de violencia doméstica y abuso de menores o ancianos.
- Gozar de una adecuada evaluación y administración del tratamiento de dolor como parte importante de su atención médica. Esto incluye la educación con respecto al papel que el paciente y su familia desempeñan en el tratamiento del dolor y la educación en cuanto a los límites y los efectos colaterales del tratamiento de dolor.
- Acceder a su información médica personal, solicitar modificaciones a ésta y recibir un detalle de los casos de divulgación de esta información, dentro del marco de la ley vigente.

Sus responsabilidades como paciente:

- Marque cada uno de las casillas y firme al pie del formulario.
- Proporcionar, dentro de lo posible, información médica acerca de aspectos de salud actuales o pasados, para que el proveedor pueda diseñar un plan de tratamiento individual y adecuado.
- Trabajar conjuntamente con su proveedor en el diseño de un plan o la atención médica.
- Cumplir, dentro de sus posibilidades, con el plan de tratamiento y demás instrucciones sobre la atención médica, de acuerdo con lo pactado con su proveedor.
- Tomar medicamentos recetados sólo según las indicaciones recibidas.
- Hacer preguntas sobre el diagnóstico médico o el plan de tratamiento, si no comprende la información.
- Hablar abierta y honestamente con su proveedor, si no está conforme con él o con el plan de tratamiento o si tiene inquietudes con respecto a la atención médica.
- Cumplir con las citas puntualmente. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, llame al CHC al menos con 24 horas de anticipación, de ser posible.
- Leer toda información que el CHC y su proveedor del seguro le den, y/o pedir ayuda en caso de cualquier duda.
- Tratar al personal del CHC con amabilidad y respeto.
- Acompañar en cada visita a todo menor o persona de quien usted sea el padre o tutor, o asegurarse de que conste la autorización escrita correspondiente.
- Hablar con su proveedor o comunicarse con el CHC si tiene alguna duda o inquietud con respecto a los derechos y las responsabilidades del paciente aquí expuestos.

Entiendo que es posible que yo no esté presente en el momento de la cita de mi hijo con el Dentista.

Esta autorización es válida hasta que yo la retire. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación escrita de la revocación de mi consentimiento. Reconozco que los expedientes de salud recibidos por el distrito escolar podrán no estar protegidos por la Norma de Privacidad HIPAA pero pasarán a ser expedientes escolares protegidos por la Ley de Derechos de la Familia de Educación y Privacidad.

Acepto informar a CHC de cualquier cambio en la historia clínica que pueda afectar el cuidado de la salud de mi hijo. También entiendo que si me niego a firmar, la negativa no afectará la posibilidad de mi hijo de obtener servicios de cuidado de la salud en una clínica de CHC. Acepto que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

He leído y entendido este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento. Entiendo que tengo derecho a recibir las respuestas a las preguntas que pueda hacer sobre el tratamiento de mi hijo durante su transcurso. Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento al tratamiento en cualquier momento.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

Community Health Center (Center) uses health information about you for treatment, to obtain payment for treatment, for administrative purposes, and evaluate the quality of care that you receive. Your health information is contained in a medical record that is the physical property of the Center.

HOW COMMUNITY HEALTH CENTER MAY USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

For Treatment. The Center may use your health information to provide you with medical treatment or services. For example, information obtained by a health care provider, such as a physician, nurse, or other person providing health services to you, will record information in your record that is related to your treatment. This information is necessary for health care providers to determine what treatment you should receive. Health care providers will also record actions taken by them in the course of your treatment and not how you respond to the actions.

For Payment. The Center may use and disclose your health information to others for purposes of receiving payment for treatment and services that you receive. For example, a bill may be sent to you or a third-party payor, such as an insurance company or health plan. The information on the bill may contain information that identifies you, your diagnosis, and treatment or supplies used in the course of treatment.

For Health Care Operations. The Center may use and disclose health information about you for operational purposes. For example, your health information may be disclosed to members of the medical staff, risk or quality improvement personnel, and others to:

- evaluate the performance of our staff;
- assess the quality of care and outcomes in your case and similar cases;
- learn how to improve our facilities and services; and
- determine how to continually improve the quality and effectiveness of the health care we provide.

Appointments: The Center may use your information to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to the individual. You may request, in writing, that these reminders not be made by telephonic communication.

Required by Law. The Center may use and disclose information about you as required by law. For example, the Center may disclose information for the following purposes;

- for judicial and administrative proceedings pursuant to legal authority;
- to report information related to victims of abuse, neglect or domestic violence;
- to assist law enforcement officials in their law enforcement duties.

Public Health. Your health information may be used or disclosed for public health activities such as assisting public health authorities or other legal authorities to prevent or control disease, injury, or disability, or for other health oversight activities.

Decedents. Health Information may be disclosed to funeral directors or coroners to enable them to carry out their lawful duties.

Organ/Tissue Donation. Your health information may be disclosed for cadaveric organ, eye or tissue donation purposes.

Research. The Center may use your health information for research purposes when an institutional review board or privacy board that has reviewed the research proposal established protocols to ensure the privacy of your health information has approved the research.

Health and Safety. Your health information may be disclosed to avert a serious threat to the health or safety of you or any other person pursuant to applicable law.

Government Functions. Specialized government functions such as protection of public officials or reporting to various branches of the armed services that may require use or disclosure of your health information.

Workers Compensation. Your health information may be used or disclosed in order to comply with laws and regulations related to Workers Compensation.

YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

You have the right to:

- request a restriction on certain uses and disclosures on your information as provided 45 CFR 164.522; however the Center is not required to agree to a requested restriction;
- obtain a paper copy of the notice of information practices upon request;
- inspect and obtain a copy of your health record as provided for in 45 CFR 164.524;
- request, in writing, to amend your health record as provided in 45 CFR 164.526;
- request communications of your health information by alternative means or at alternative locations.
- revoke your authorization to use or disclose health information except to the extent that action has already been taken; and
- receive an accounting of disclosures made of your health information as provided by 45 CFR 164.528.

COMPLAINTS

You may complain to Community Health Center and to the Department of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. You will not be retaliated against for filing a complaint.

OBLIGATIONS OF COMMUNITY HEALTH CENTER

The Center is required to:

- maintain the privacy of protected health information;
- provide you with this notice of its legal duties and privacy practices with respect to your health information;
- abide by the terms of this notice; notify you if we are unable to agree to a requested restriction on how your information is used or disclosed;
- accommodate reasonable requests you may make to communicate health information by alternative means or at alternative locations;
- obtain your written authorization to use or disclose your health information for reasons other than those listed above and permitted under law.

The Center reserves the right to change its information practices and to make the new provisions effective for all protected health information it maintains. Revised notices will be made by posting in the various Center offices. Copies of the revised notices may be obtained from the Privacy Officer of Community Health Center, 635 Main Street, Middletown, CT 06457.

CONTACT INFORMATION

If you have any questions or complaints, please contact:

Compliance/Privacy Officer
Community Health Center
635 Main Street
Middletown, CT 06457
Telephone: (860) 347-6971 extension 3505 or 3535

AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

El presente aviso describe cómo su información médica personal puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a la misma. Lea lo siguiente con cuidado.

Community Health Center (en adelante, "Center") usa su información médica personal para su tratamiento, para obtener el pago de dicho tratamiento, para fines administrativos y para evaluar la calidad del cuidado médico que usted recibe. Su información de salud está contenida en un registro médico que es la propiedad física del Centro.

CÓMO COMMUNITY HEALTH CENTER PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Para su tratamiento. El Centro podrá usar su información de salud para brindarle a usted tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, la información que se obtiene a través del proveedor de cuidados de salud, tales como un médico, enfermero u otra persona que le preste servicios médicos a usted, será asentada en el registro relacionado con su tratamiento. Esta información le es necesaria a los proveedores de salud a fin de determinar el tratamiento que usted habrá de recibir. Los proveedores de salud también registrarán las medidas que ellos tomaron en el curso de su tratamiento y, por el contrario, no responderán a la manera en que usted respondió a dichas medidas.

Para el pago. El Centro podrá usar y divulgar su información de salud a terceros a los fines de recibir el pago por el tratamiento y los servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, una factura quizá le sea enviada a usted o a un tercero que sea pagador, ya sea una aseguradora o un plan de salud. La información contenida en la factura podrá incluir datos que lo identifican a usted, a su diagnóstico y al tratamiento o los suministros que fueron utilizados en el curso del tratamiento.

Para razones operativas. El Centro podrá usar y divulgar su información médica personal para fines operativos. Por ejemplo, su información médica podrá ser divulgada a los integrantes del equipo médico, del personal de prevención de riesgos o de mejora de calidad, entre otras personas, a fin de poder:

- Evaluar el desempeño de nuestra plantilla profesional;
- Evaluar la calidad de nuestras prestaciones y resultados tanto en su caso como en otros casos similares;
- Aprender a cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios; y
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la efectividad de las prestaciones médicas que ofrecemos.

Visitas médicas. El Centro podrá usar su información para brindar recordatorios de visitas médicas o información acerca de alternativas de tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden llegar a ser de interés para el individuo en particular. Usted podrá solicitar, por escrito, que estos recordatorios no se hagan por comunicaciones telefónicas.

Exigido por la ley. El Centro podrá usar y divulgar su información personal según lo exija la ley. Por ejemplo, el Centro podrá divulgar la información a los siguientes fines:

- para procedimientos judiciales y administrativos de acuerdo con la autoridad legal competente;
- para informar acerca de información relativa a las víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica;
- para asistir a funcionarios policiales en sus deberes con la ley.

Salud pública. Su información de salud podrá usarse o divulgarse a los fines de actividades de salud pública, tales como ayudar a las autoridades del área u otras autoridades legales en la prevención o el control de enfermedades, lesiones o minusvalías, o para otras actividades de control de la salud.

Médicos forenses o directores funerarios. Su información médica podrá ser divulgada a directores funerarios o médicos forenses a fin de facilitarles cumplir con sus obligaciones legales.

Donación de órganos y tejidos. Su información médica podrá ser divulgada a los fines de donaciones cadavéricas de órganos, ojos o tejidos.

Investigación. El Centro podrá usar su información médica personal a los fines de la investigación médica cuando un comité de revisión institucional o un comité de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación establezca protocolos a fin de asegurar que la privacidad de su información médica ha aprobado la investigación.

Salud y seguridad. Su información médica podrá ser divulgada para prevenir una amenaza seria a la salud o la seguridad de su persona o de otra persona de acuerdo con las leyes vigentes.

Funciones de gobierno. Las funciones especializadas de gobierno, tales como la protección de los funcionarios públicos o el brindar información a las distintas ramas de las fuerzas armadas, podrán requerir el uso o la divulgación de su información de salud.

Compensación del trabajador. Su información de salud podrá ser usada o divulgada a fin de cumplir con leyes y reglamentos relacionados con la Compensación del Trabajador.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene derecho a:

- solicitar una restricción con respecto a determinados usos y divulgaciones de su información según lo previsto por 45 CFR 164.522; sin embargo, no se le exige al Centro que acepte respetar la restricción solicitada;
- obtener una copia escrita del aviso de prácticas informativas a pedido;
- inspeccionar y obtener una copia de su registro médico personal según lo previsto en 45 CFR 164.524;
- solicitar, por escrito, la modificación de su registro médico según lo previsto en 45 CFR 164.526;
- solicitar comunicaciones acerca de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos.
- revocar su autorización para usar o divulgar su información médica personal, excepto en la medida en que dicha acción ya haya sido tomada; y
- recibir una declaración de las divulgaciones realizadas con respecto a su información médica personal según lo previsto en 45 CFR 164.528.

RECLAMOS

Usted podrá reclamar ante Community Health Center y el Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted considera que sus derechos a la privacidad han sido violados. No se tomarán represalias en su contra por presentar un reclamo.

OBLIGACIONES DEL COMMUNITY HEALTH CENTER

Al Centro se le exige que:

- Mantenga la privacidad de la información médica protegida;
- Le proporcione a usted el presente aviso con respecto a sus deberes legales y prácticas de privacidad en relación a su información médica personal;
- Respetar los términos del presente aviso;
- Notificarle a usted si no podemos aceptar la restricción solicitada en cuanto a la manera en que su información es usada o divulgada;
- Adaptar los pedidos razonables que usted pueda hacer con respecto a comunicar la información por medios o lugares alternativos;
- Obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal a fines ajenos a los descritos más arriba y según lo permita la ley.

El Centro se reserva el derecho de cambiar sus prácticas informativas y de establecer nuevas disposiciones que resulten efectivas para toda la información médica protegida que mantiene en su poder. Los avisos revisados serán exhibidos en las diversas oficinas del Centro. Podrán obtenerse copias de los avisos revisados del Oficial de Privacidad (Privacy Officer, en inglés) del Community Health Center, 635 Main Street Middletown, CT 06457.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si usted tiene cualesquiera preguntas o quejas, entre en contacto con por favor:

Conformidad/Oficial de Privacidad
Community Health Center
635 Main Street
Middletown, CT 06457
Teléfono: (860) 347-6971 extensión 3505 or 3535