

Pajaro Valley Children's Dental Group
230 Green Valley Rd.
Freedom, CA 95019
(831)722-9202

Informacion & Autorizacion de Contacto del Padre/Guardian o Tutor

Persona Responsable de la Cuenta _____

Direccion _____

Fecha de Nacimiento _____ # De Seguro Social _____

Empleador _____ Telefono de Trabajo _____

Telefono de Casa _____ Celular _____

Correo Electronico _____

Aseguranza Primaria _____

Nombre de los Pacientes _____

Yo Autorizo a la aseguranza indicada en esta forma para pagarle directamente al dentista o grupo dental, los beneficios que hubieran sido pagados a mi por el servicio que fue rendido.

Yo Autorizo el uso de esta firma para la sumision de cobros a la aseguranza.

Yo Autorizo al dentista para liberar toda informacion necesaria para asegurar el pago de los servicios. Yo entiendo que la aseguranza puede pagar menos del total o nada y estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos los servicios prestados a favor de mis dependientes.

Firma de Padre/Guardian o Tutor _____

Date _____

**Pajaro Valley Children's Dental Group
230 Green Valley Rd.
Freedom, CA 95019
(831)722-9202**

Poliza Financiera

Familias Con Covertura Dental

Nuestra oficina esta asignada con una variedad de aseguransas, pero no con todas. Usted sera responsable financieramente de cualquier co-pago, deducible o sevicios no cubiertos en los servicios de tiempo no cubiertos. Nuestra officina le dara un estimado basado en los beneficios que su aseguransa nos proporcione y su co-pago sera basado en esos beneficios. Por cortesia al paciente se mandara cobrar los servicios a su aseguransa el dia de la cita solamente una vez. Solicitamos a todos los pacientes que no pagan por los servicios en su totalidad en el momento de los servicios prestados se deje una tarjeta de credito registrada. Si la compania de seguros por cualquier razon niega una reclamacion, el saldo total sera cargado a su tarjeta de credito que tendremos en archivo. Nuestra oficina no se correspondera con las companias de seguro para obtener informacion sobre los beneficios o el pago; que la responsabilidad pertenece a los asegurados. Usted sera responsable por informarnos de los cambios en su cobertura de su seguro, direccion u otra informacion pertinente. Si no se nos informa de tales cambios y esta omision resulta en la negacion de pago, el saldo se cargara a su tarjeta de credito en el archivo. Cualquier paciente con un saldo de una cuenta delinquente incurrira en gastos financieros y no sera visto por los servicios adicionales hasta que el saldo se page en su totalidad.

Familias Sin Covertura Dental

Se espera el pago por los servicios prestados en el momento del servicio. Para su comodidad aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de credito. En el caso de que pagos sean necesarios trabajamos con Care Credit, lo que le permite pagos mensuales si es aprobado.

Cargos

Nuestra poliza de la officina no permitira balances superior a 60 dias.
Una Cuota de \$35.00 sera evaluado para todos los cheques devueltos.
Una Cuota de \$50.00 sera evaluado para todas las citas falladas sin 24 horas de cancelacion.
Todas las cuentas delinquentes seran cargadas con finanzas mensuales.

He Leido y entendido esta Poliza Financiera.

Firma _____ **Fecha** _____

Pacientes en su Cuenta _____

**Pajaro Valley Children's Dental Group
230 Green Valley Rd
Freedom, CA 95019
(831)722-9202**

Autorizacion De Tarjeta De Credito
Porfavor de Llenar Completamente

Nombre de Padre, Tutor o Guardian: _____

Pacientes en la Cuenta: _____

Nombre y Direccion Como Aparece en su Tarjeta:

No Recomendamos usar tarjeta de Debito solo tarjeta de Credito

- Visa
- Master Card
- American Express
- Otro _____

Numero De Tarjeta: _____

Fecha De Expiracion: _____

CVC#(numero detras de tarjeta) _____

Acuerdo

Yo Autorizo a Pajaro Valley Children's Dental Group para procesar pagos a mi tarjeta de credito por los servicios dentales rendidos a los dependientes en mi cuenta. Yo entiendo que esta autorizacion permanecera effective hasta que yo proporcione notificacion razonable para terminar esta autorizacion. Yo entiendo que NO sere contactado por la oficina dental por adelantado cuando se cobre mi tarjeta de credito por algun saldo pendiente. Cobros seran procesados una vez que la aseguransa haiga pagado su porcion o si la cuenta se convierte delincuente.

Firma de Autorizacion: _____ **Fecha** _____

Bienvenido

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario lo mejor que pueda. Nos complacerá ayudarle si tiene usted alguna pregunta. Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.



Información Del Paciente

Nombre _____ No. Seguro Social _____
Apellido *Primer Nombre* *Inicial*

Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Tel de Casa _____
Cel _____ Email _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Paciente trabaja para _____ Ocupación _____
Domicilio del Trabajo _____ Tel del Trabajo _____
Email del Trabajo _____

¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____
Notifique en caso de emergencia _____ Tel de Casa _____
Cel _____ Tel de Trabajo _____
Email del Trabajo _____



Seguro Primario

Persona responsable por la cuenta _____
Apellido *Primer Nombre* *Inicial*

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No. Seguro Social _____
Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ Tel de Casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Cel _____ Email _____

La persona responsable trabaja para _____ Ocupación _____
Domicilio del trabajo _____ Tel del trabajo _____
Email del trabajo _____
Compañía de seguro _____ Tel _____
Email _____
No. de Contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____
Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Seguro Adicional



¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional? Si No

Persona Inscrita _____ Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ No. de Seguro Social _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tel de casa _____
Cel _____ Email _____

Persona inscrita trabaja para _____ Tel del trabajo _____
Email del trabajo _____
Compañía de seguro _____ Tel _____
Email _____
No. de contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____
Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Favor de llenar ambos lados

Historial Dental

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____

¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque con una palomita (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frío | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La mandibula se salta o hace ruido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera o brotes en la boca |

¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? Sí No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____

Historial Medico

Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? Sí No

Si sí, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? Sí No Si sí, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? Sí No Si sí, dé las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? Sí No

¿Alguna vez usted a usado el medicamento bisfosfonato? Las marcas reconocidas incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel y Boniva. Sí No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No

¿Está usted tomando pildoras anticonceptivas? Sí No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos persistence | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafixis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina bifida |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Embolía |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implates quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Operación del corazón/marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación de los pies y tobillos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rápida perdida y ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iregularidad cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | Describe _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera/colitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependencia química | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Culebrilla o herpes zoster | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venerias |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimoterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandíbula | | |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento? _____ ¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento? _____

Si sí, enlistelos todos: _____ Si sí, enlistelos todos: _____

Autorización

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informaré al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy economicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.

Proteger su información de salud confidencial es importante para nosotros

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe la manera en que la información de salud referente a usted puede ser usada y revelada, y cómo puede usted tener acceso a esta información. Por favor lea cuidadosamente.

Nuestra promesa!

Estimado Paciente:

Esto no lo debe alarmar! Absolutamente lo contrario! Es nuestra intención comunicarle que estamos tomando las nuevas leyes (Acta de Asegurancia Portabilidad y Responsabilidades de la Salud de 1996 "AAPRS") escritas para proteger la confidencialidad de la información de su salud con seriedad. No queremos que alguna vez se retrase su tratamiento porque esté temeroso acerca de su historial de salud personal sea innecesariamente hecho por otras personas fuera de nuestras oficinas.

¿Entonces qué ha cambiado?
¿Porqué una política de privacidad ahora?
¡Muy buenas preguntas!

La variable más significativa que ha motivado al gobierno Federal a hacer cumplir legalmente la importancia de la privacidad de la información de la salud es la rápida evolución de la tecnología de las computadoras y su uso en la cuidado de la salud. El gobierno ha buscado de manera apropiada el estandarizar y proteger la privacidad del intercambio electrónico de su información de salud. Esto nos ha desafiado a checar no solamente cómo su información de salud es usada por medio de las computadoras, sino también por Internet, teléfono, faxes, copadoras y cartas. Creemos que esto ha sido un excelente ejercicio para nosotros porque nos ha disciplinado a poner por escrito las políticas y procedimientos que usamos para asegurarnos de la protección de su información de salud en donde quiera que sea usada.

Queremos informarle acerca de estas políticas y procedimientos que hemos desarrollado para asegurarnos de que su información de salud no será difundida o compartida con alguien que no lo requiera. Nuestra oficina está sujeta al a las leyes Federales y Estatales de acuerdo a la confidencialidad de su información de salud y en cuanto al almacenamientos de esta información, queremos que usted entienda nuestros procedimientos y sus derechos como nuestro apreciable paciente.

Usaremos y comunicaremos su INFORMACION DE SALUD solamente para fines de proveerle un tratamiento, obtener el pago y dirigir operaciones en el cuidado de su salud. Su información de salud no será usada para otros fines a meños que le hayamos preguntado y usted nos haya concedido una autorización por escrito.

Marc L. Grossman, DDS • James B. Smith, DDS • (831) 722-9202

¿Cómo puede ser usada su INFORMACION DE SALUD?

Para darle tratamiento

Usaremos su información de salud dentro de nuestra oficina para ofrecerle el mejor cuidado dental posible. Esto puede incluir procedimientos administrativos y clínicos designados para optimizar su calendario y coordinación del cuidado entre el higienista, asistente dental, dentista y el personal de oficina. Además, podemos compartir su información de salud con médicos, refiriéndonos a dentistas, laboratorios clínicos y dentales, farmacias y más personal del cuidado de la salud que este atendio su tratamiento.

Para obtener el pago

Podemos incluir en su información de salud una factura usada para cobrar el pago del tratamiento que recibió en nuestra oficina. Podríamos hacer esto con formas de la asegurancia llenadas por usted por correo o enviadas electrónicamente. Estaremos seguros de solamente trabajar con compañías con procedimientos similares con la seguridad de su información de salud.

Para dirigir operaciones de cuidado médico

Su información de salud puede ser usada durante funciones de evaluación de nuestro personal. En algunas de nuestras mejores oportunidades de enseñar se utilizan situaciones clínicas experimentadas por pacientes que reciben atención en nuestras instalaciones. Como un resultado. La información de salud puede ser incluida en programas de entrenamiento para estudiantes, internos, asociados y empleados clínicos y de negocios. También es posible que la información de salud sea revelada durante auditorías por compañías de seguros o agencias gubernamentales citadas como una parte de su aseguramiento de calidad y chequeos normativos. Su información de salud puede ser revisada durante procesos de certificación rutinaria y actividades licensiamiento o credencialización.

En recordatorios de pacientes

Porque creemos que el cuidado regular es importante para su salud oral y general, le recordaremos de su cita programada o de que es tiempo de que nos contacte para hacer una cita. Adicionalmente, lo podríamos contactar para darle seguimiento en su cuidado e informarlo de sus opciones de tratamiento o servicios que podrían ser de su interés para usted o su familia. Estos comunicados son una parte importante de nuestra filosofía de asociación con nuestros pacientes para estar seguros que ellos reciben el mejor y moderno cuidado restaurativo dental. Pueden ser incluidos tarjetas postales, tarjetas postales carpeta, cartas, recordatorios telefónicos, recordatorios electrónicos como email (a menos que usted nos indique que no quiere recibir estos recordatorios)

Abuso o negligencia

Notificaremos a las autoridades gubernamentales si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta revelación solamente cuando estemos obligados por nuestro juicio ético, cuando pensemos que estamos específicamente requeridos o autorizados por la ley o con el acuerdo del paciente.

Salud Pública y Seguridad Nacional

Podríamos ser requeridos a declarar información de salud con oficiales Federales o autoridades militares para completar alguna investigación relacionada con la salud pública o la seguridad nacional.

La información de salud podría ser importante cuando el gobierno crea que la seguridad pública podría beneficiarse cuando la información pueda llevar al control o prevención de una epidemia o al entendimiento de nuevos efectos laterales de un tratamiento o un dispositivo médico.

Para la aplicación de la ley

Como se permita o se requiera por la ley Estatal o Federal, podríamos revelar su información de salud a algún oficial de la ley para ciertos fines del cumplimiento de la ley, incluyendo bajo algunas circunstancias limitadas, si usted es víctima de un crimen o a favor de reportar un crimen.

Familia, amigos y personas que lo cuiden.

Podríamos compartir su información de salud con aquellos que usted nos indique que lo estarán ayudando con el aseo de su hogar, tratamiento, medicamentos, o pago. Nos aseguraremos de pedirle una autorización primero. En el caso de una emergencia, donde usted esté imposibilitado para decirnos lo que quiere nosotros usaremos nuestro mejor juicio para saber a quién compartirle su información de salud, solamente cuando sea importante para que ellos participen cuidando de usted.

Autorización para usar o revelar información de salud.

Con excepción de las listadas anteriormente o donde las leyes Federales, Estatales o Locales nos lo requieran, no revelaremos su información de salud a menos que usted lo autorice por escrito. Usted puede revocar esa autorización por escrito cuando quiera.

Confirmación del paciente

Nombre(s) del paciente: _____

Muchas gracias por tomarse el tiempo para revisar la manera en que usamos cuidadosamente su información de salud. Si tiene alguna pregunta queremos escucharlo. En caso contrario, apreciaremos mucho su confirmación de recibo de nuestra póliza al firmar y regresar esta tarjeta. Esperamos verlo de nuevo pronto!

Firma del paciente _____

Fecha _____ / _____ / _____

Derechos del paciente

Esta nueva ley es cuidadosa al describir que usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información de salud.

Restricciones

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y revelaciones de su información de salud. Nuestra oficina hará todos los esfuerzos para disponer de restricciones razonables para sus pacientes.

Comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted de alguna manera. Usted puede solicitar que nosotros solamente le comuniquemos su información de salud privadamente sin algún miembro de su familia presente o a través de comunicación por correo sellado. Haremos el mejor esfuerzo por cumplir sus solicitudes razonables para comunicaciones confidenciales.

Examine y copie su información de salud

Usted tiene el derecho de leer, revisar, y copiar su información de salud, incluyendo su historial completo, rayos X, record de pagos. Si usted quisiera una copia de su información de salud, por favor infórmenos. Podríamos vernos en la necesidad de hacer un cargo razonable para duplicar y completar su copia.

Modificaciones a su Información de Salud

Usted tiene el derecho de solicitarnos la actualización o modificación de su información si usted cree que la información de su salud están incorrectos o incompletos. Con gusto mantendremos estos datos durante el periodo que nuestra oficina mantenga esta información. Para estandarizar nuestro proceso, por favor dénos su solicitud por escrito y describa su razón para solicitar la modificación o cambio.

Documentación de la Información de Salud

Usted tiene el derecho de solicitarnos una descripción de cómo y dónde fue usada su información de salud por nuestra oficina por alguna razón diferente a la de su tratamiento, pago u operaciones de salud. Nuestros procesos de documentación nos permitirán proveerle la información usada de Abril 14, 2003 en adelante. Por favor indíquenos por escrito el periodo de tiempo en el que está interesado. Gracias por limitar su solicitud a no más de seis años en una vez. Podríamos vernos en la necesidad de hacer un cargo razonable por su solicitud.

Solicitud de una copia de papel de este Aviso

Usted tiene el derecho de obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad directamente de nuestra oficina cuando usted lo requiera. Venga o llámenos y le enviaremos por correo o correo electrónico una copia. La ley nos requiere que mantengamos la privacidad de su información de salud y que se la proveamos y a su representante este Aviso de nuestras Prácticas de Privacidad. Estamos obligados a practicar las políticas y procedimientos descritos en este aviso pero nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso. Si cambiáramos nuestras prácticas de privacidad nos aseguraremos de que todos nuestros pacientes reciban una copia del Aviso corregido.

Usted tiene el derecho de expresar sus quejas hacia nosotros o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido comprometidos. Lo invitamos a que exprese cualquier preocupación que pueda tener referente a la privacidad de información. Por favor déjenos saber acerca de sus preocupaciones o quejas por escrito.