

**Patient Information - Informacion de el Paciente**

Male  Female Today's Date: \_\_\_\_\_  
Hombre Mujer Fecha de hoy:

Name: \_\_\_\_\_  
Nombre First Last

Prefer to be called: \_\_\_\_\_  
Prefiero ser llamado:

Birthday: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: Edad: Numero de seguro Social:

Home address: Direccion: \_\_\_\_\_

Mobile #: \_\_\_\_\_ Home #: \_\_\_\_\_  
Celular #: Casa #:

Email- correo electronico: \_\_\_\_\_

School/Employer: \_\_\_\_\_  
Escuela/Empleador:

Whom should we thank for referring you to our office?  
¿A quién deberíamos agradecer por recomendar a nuestra oficina?

Has anyone else in your family been treated in our office?  
¿Alguien mas en su familia ha sido tratado en nuestra oficina?

What are your orthodontic concerns?  
Describa la preocupacion de ortodoncia?

**Person Responsible for Account -Persona Responsable de la Cuenta**

**PERSON #1**  
Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
Nombre: First Last (Apellido) Fecha de nacimiento

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente:

Home address (if different): Direccion (solo si es diferente): \_\_\_\_\_

Mobile #: \_\_\_\_\_ Home #: \_\_\_\_\_  
Celular #: Casa #:

Email- correo electronico: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_  
Empleador:

Insurance Co.: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Insurance Phone #: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_  
Numero de seguro Social: estado civil:

**PERSON #2**  
Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
Nombre: First Last (Apellido) Fecha de nacimiento

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente:

Home address (if different): Direccion (solo si es diferente): \_\_\_\_\_

Mobile #: \_\_\_\_\_ Home #: \_\_\_\_\_  
Celular #: Casa #:

Email- correo electronico: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_  
Empleador:

Insurance Co.: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Insurance Phone #: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_  
Numero de seguro Social: estado civil:

**Medical/Dental History – Historial Medico**

Please list all previous or current medical conditions:  None  
Por favor, escriba todos los problemas medicos: Ninguna

Please list all medications that you are currently taking:  None  
Lista de todos los medicamentos que este tomando actualmente: Ninguna

Do you have any allergies? If so, please list:  None  
¿Tiene alguna alergia? Por favor, escriba todas las alergias: Ninguna

Do you use tobacco of any form?  Yes  No Frequency: \_\_\_\_\_  
¿Consume tabaco? ¿Con qué frecuencia?

During the past year have you taken biphosphonates?  Yes  No  
(usually for osteoporosis) ¿Durante los últimos 12 meses ¿ha tomado bifosfonatos?

Are you pregnant?  Yes  No  
¿Esta embarazada?

Tonsils or adenoids removed?  Yes  No  
¿Te extrajeron adenoides o anginas?

Dentist's Name: \_\_\_\_\_  
Nombre de su Dentista:

Date of last checkup: \_\_\_\_\_  
Fecha de la ultima revision/limpieza:

Any pending treatment?  Yes  No  
¿tratamiento pendiente?

Any history of pain in your jaw joint (TMJ/TMD)?  Yes  No  
¿Historia de dolor en la articulación de la mandíbula?

Have you ever had an injury to your  Mouth  Teeth  Chin  No  
Alguna vez ha tenido una lesión en su Boca Dientes Barbilla

Describe - describa: \_\_\_\_\_

**Habits - Habitos**

- |                            |                            |   |
|----------------------------|----------------------------|---|
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Clenching/grinding teeth – Apretar/rechinar los dientes |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Lip sucking/biting – Morder/chupar labios               |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Mouth breather – Respirar por la boca                   |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Nail biting – Morder las unas                           |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Nursing bottle habits – Tomar en biberon                |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Speech problems – Problemas del habla                   |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Thumb/finger sucking – Chupar los dedos                 |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Tongue thrust – empuje de lengua                        |

**Consent - Consentimiento**

I authorize Dr. Cooke and/or her staff to perform diagnostic procedures and treatment as may be necessary for proper dentofacial care. I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care for the purpose of evaluation and administering claims for insurance benefits. I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care for advice and treatment to interdisciplinary team members. I understand that where appropriate, credit bureau reports may be obtained. I authorize the taking of photographs, radiographs and other diagnostic records before, during and after treatment, and to the use of the same by the doctor. The information that I have given today is correct to the best of my knowledge. I also understand that this information will be held in the strictest confidence and that it is my responsibility to inform this office of any changes in my medical status.

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Dr. Cooke y / o su personal a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para nuestro dentofacial adecuado. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo) con el propósito de evaluar y administrar los reclamos por los beneficios del seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi salud (o la salud de mi hijo) para recibir asesoramiento y tratamiento del equipo interdisciplinario. Entiendo que, según corresponda, se pueden obtener informes de la oficina de crédito. Autorizo que tomen fotografías, radiografías y otros registros de diagnóstico antes, durante y después del tratamiento, y el uso necesario de los médicos. La información que he dado hoy es correcta para mi conocimiento. Yo entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**HIPAA**

A copy of this office's Notice of Privacy Practices has been made available to me. I understand I may request a copy for my records.

I authorize the release of information to the following individuals:

Name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Treatment Information     Financial Information

Name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Treatment Information     Financial Information

Name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Treatment Information     Financial Information

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

**CBCT Informed Consent –**

Our 12 second scan is less than a traditional film based panoramic radiograph when used with a lead apron and neck collar. CBCT offers our patients enhanced diagnostic value at a significantly reduced exposure. Simultaneously, CBCT scans can image the head and most of the neck. As dentists and orthodontists, we evaluate teeth, jaws, and surround supporting bone using CBCTs for those limited purposes. Our training and dental license does not provide for evaluating and diagnosing outside those areas. However, since CBCT imaging can cover a broader area, we want to offer you the opportunity to have your CBCT scan read by an oral radiologist, trained and licensed to evaluate and diagnose a broader area. CBCT may show evidence of disease of the cervical spine, skull, or arteries. We can have your CBCT scan read by an oral radiologist for a fee of \$120.00. If you are interested in taking advantage of this service, please complete the applicable section below.

**YES!** I would like to have my CBCT scan read by an oral radiologist and understand that I'm responsible for the additional cost of \$120.00, which is separate from any orthodontic fees.

Email results to: \_\_\_\_\_

**NO.** I understand the risks and benefits of having my CBCT scan read and interpreted by an oral radiologist, however, I knowingly decline.

Signature of Responsible Party:

Date: \_\_\_\_\_

**HIPAA**

Una copia de la notificación de prácticas de privacidad de esta oficina me ha sido puesta a mi disposición. Entiendo que puedo solicitar una copia para mis registros.

Autorizo el lanzamiento de información a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Información de tratamiento     Información financiera

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Información de tratamiento     Información financiera

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Información de tratamiento     Información financiera

Firma del paciente / tutor \_\_\_\_\_

**CBCT Informó de consentimiento**

Nuestro escaneo de 12 segundos es menos que una radiografía panorámica tradicional cuando se usa con un chaleco/mandil de plomo. El CBCT ofrece a nuestros pacientes un valor de diagnóstico mejor con una exposición significativamente reducida. Simultáneamente, los escaneos CBCT pueden obtener imágenes de la cabeza y la mayor parte del cuello. Como dentistas y ortodoncistas, evaluamos dientes, mandíbulas y hueso de soporte utilizando CBCT para esos propósitos. Nuestra licencia de capacitación y dental no permite evaluar y diagnosticar fuera de esas áreas. Sin embargo, dado que las imágenes CBCT pueden abarcar un área más amplia, queremos ofrecerle la oportunidad de que sus imágenes tomadas por el CBCT sean leídas por un radiólogo oral, capacitado y con licencia para evaluar y diagnosticar. CBCT puede mostrar evidencia de enfermedad de la columna cervical, el cráneo o las arterias. Podemos hacer que su escaneo CBCT sea leído por un radiólogo oral por un costo de \$120.00. Si está interesado en aprovechar este servicio, complete la sección siguiente.

**Si!** Me gustaría que el radiólogo oral leyera mi CBCT y entiendo que soy responsable del costo adicional de \$120.00 y que es independiente de los costos de ortodoncia.

Envíe los resultados al correo electrónico: \_\_\_\_\_

**No,** entiendo los riesgos y beneficios de que mi escaneo CBCT sea leído e interpretado por un radiólogo oral, sin embargo, conscientemente me niego/ rechazo este servicio.

Firma de la persona responsable:

Fecha: \_\_\_\_\_

## PRIVACY NOTICE

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

We are required by law to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect February 9, 2015, and will remain in effect until we replace it.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law, and to make new Notice provisions effective for all protected health information that we maintain. When we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and post the new Notice clearly and prominently at our practice location, and we will provide copies of the new Notice upon request.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

### HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose your health information for different purposes, including treatment, payment, and health care operations. For each of these categories, we have provided a description and an example. Some information, such as HIV-related information, genetic information, alcohol and/or substance abuse records, and mental health records may be entitled to special confidentiality protections under applicable state or federal law. We will abide by these special protections as they pertain to applicable cases involving these types of records.

**Treatment.** We may use and disclose your health information for your treatment. For example, we may disclose your health information to a specialist providing treatment to you.

**Payment.** We may use and disclose your health information to obtain reimbursement for the treatment and services you receive from us or another entity involved with your care. Payment activities include billing, collections, claims management, and determinations of eligibility and coverage to obtain payment from you, an insurance company, or another third party. For example, we may send claims to your dental health plan containing certain health information.

**Healthcare Operations.** We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. For example, healthcare operations include quality assessment and improvement activities, conducting training programs, and licensing activities.

**Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care.** We may disclose your health information to your family or friends or any other individual identified by you when they are involved in your care or in the payment for your care. Additionally, we may disclose information about you to a patient representative. If a person has the authority by law to make health care decisions for you, we will treat that patient representative the same way we would treat you with respect to your health information.

**Disaster Relief.** We may use or disclose your health information to assist in disaster relief efforts.

**Required by Law.** We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

**Public Health Activities.** We may disclose your health information for public health activities, including disclosures to:

- o Prevent or control disease, injury or disability;
- o Report child abuse or neglect;
- o Report reactions to medications or problems with products or devices;
- o Notify a person of a recall, repair, or replacement of products or devices;
- o Notify a person who may have been exposed to a disease or condition; or
- o Notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect, or domestic violence.

**National Security.** We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institution or law enforcement official having lawful custody the protected health information of an inmate or patient.

**Secretary of HHS.** We will disclose your health information to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services when required to investigate or determine compliance with HIPAA.

**Worker's Compensation.** We may disclose your PHI to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to worker's compensation or other similar programs established by law.

**Law Enforcement.** We may disclose your PHI for law enforcement purposes as permitted by HIPAA, as required by law, or in response to a subpoena or court order.

**Health Oversight Activities.** We may disclose your PHI to an oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include audits, investigations, inspections, and credentialing, as necessary for licensure and for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

**Judicial and Administrative Proceedings.** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose your PHI in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process instituted by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made, either by the requesting party or us, to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

**Research.** We may disclose your PHI to researchers when their research has been approved by an institutional review board or privacy board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your information.

**Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors.** We may release your PHI to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also disclose PHI to funeral directors consistent with applicable law to enable them to carry out their duties.

**Fundraising.** We may contact you to provide you with information about our sponsored activities, including fundraising programs, as permitted by applicable law. If you do not wish to receive such information from us, you may opt out of receiving the communications.

### Other Uses and Disclosures of PHI

Your authorization is required, with a few exceptions, for disclosure of psychotherapy notes, use or disclosure of PHI for marketing, and for the sale of PHI. We will also obtain your written authorization before using or disclosing your PHI for purposes other than those provided for in this Notice (or as otherwise permitted or required by law). You may revoke an authorization in writing at any time. Upon receipt of the written revocation, we will stop using or disclosing your PHI, except to the extent that we have already taken action in reliance on the authorization.

### Your Health Information Rights

**Access.** You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make the request in writing. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice. If you request information that we maintain on paper, we may provide photocopies. If you request information that we maintain electronically, you have the right to an electronic copy. We will use the form and format you request if readily producible. We will charge you a reasonable cost-based fee for the cost of supplies and labor of copying, and for postage if you want copies mailed to you. Contact us using the information listed at the end of this Notice for an explanation of our fee structure.

If you are denied a request for access, you have the right to have the denial reviewed in accordance with the requirements of applicable law.

**Disclosure Accounting.** With the exception of certain disclosures, you have the right to receive an accounting of disclosures of your health information in accordance with applicable laws and regulations. To request an accounting of disclosures of your health information, you must submit your request in writing to the Privacy Official. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to the additional requests.

**Right to Request a Restriction.** You have the right to request additional restrictions on our use or disclosure of your PHI by submitting a written request to the Privacy Official. Your written request must include (1) what information you want to limit, (2) whether you want to limit our use, disclosure or both, and (3) to whom you want the limits to apply. We are not required to agree to your request except in the case where the disclosure is to a health plan for purposes of carrying out payment or health care operations, and the information pertains solely to a health care item or service for which you, or a person on your behalf (other than the health plan), has paid our practice in full.

**Alternative Communication.** You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or at alternative locations. You must make your request in writing. Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation of how payments will be handled under the alternative means or location you request. We will accommodate all reasonable requests. However, if we are unable to contact you using the ways or locations you have requested we may contact you using the information we have.

**Amendment.** You have the right to request that we amend your health information. Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances. If we agree to your request, we will amend your record(s) and notify you of such. If we deny your request for an amendment, we will provide you with a written explanation of why we denied it and explain your rights.

**Right to Notification of a Breach.** You will receive notifications of breaches of your unsecured protected health information as required by law.

**Electronic Notice.** You may receive a paper copy of this Notice upon request, even if you have agreed to receive this Notice electronically on our Web site or by electronic mail (e-mail).

### Questions and Complaints

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

Our Privacy Official: Gina Shelfo, RDA  
Telephone: 707-255-4400  
Fax: 707-257-7444  
Address: 3392 Solano Ave, Napa CA 94558  
E-mail: [gigi@cookeortho.com](mailto:gigi@cookeortho.com)

**Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices - Spanish)**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Por ley, a nosotros se nos requiere mantener la privacidad de la información de salud protegida, entregarles a los pacientes un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a la información de salud protegida, y notificarles a las personas afectadas después de cualquier acceso no autorizado a la información de salud protegida. Nosotros tenemos que cumplir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigencia. Este Aviso entrará en vigencia en 01/01/2014, y seguirá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios estén permitidos por las leyes que correspondan, y para establecer la vigencia de disposiciones nuevas en el Aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cuando hagamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, nosotros cambiaremos este Aviso, colocaremos una copia del Aviso nuevo de manera clara y prominente en nuestro consultorio y proporcionaremos copias del Aviso nuevo cuando sean solicitadas.

Usted puede pedir una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros usando la información de contacto al final de este Aviso.

**MANERAS EN LAS QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, entre ellos tratamiento, pago y operaciones de salud. A continuación hemos proporcionado una descripción y un ejemplo de cada una de estas categorías. Cierta información, como por ejemplo la relacionada con VIH, genética, los expedientes de abuso de alcohol y/o sustancias y los expedientes de salud mental podrían contar con protecciones especiales de confidencialidad de conformidad con las leyes estatales o federales correspondientes. Nosotros cumpliremos con estas protecciones especiales en lo que respecta a casos aplicables que incluyan estos tipos de expedientes.

**Tratamiento.** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un especialista que le esté proporcionando tratamiento.

**Pagos.** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para obtener reembolso por el tratamiento y los servicios que usted reciba de nosotros o de otra entidad involucrada en su atención. Las actividades de pago incluyen facturación, cobro, manejo de reclamos y determinaciones de elegibilidad y cobertura a fin de obtener pago de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, podemos enviarle reclamos a su plan dental que contendrán cierta información de salud.

**Operaciones de salud.** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de salud. Por ejemplo, operaciones de salud incluyen evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento, conducir programas de capacitación y actividades de licenciamiento.

**Personas involucradas en su atención o responsables de pagar por su atención.** Nosotros podemos compartir su información de salud con un familiar o amigo suyo o con cualquier otra persona que usted identifique porque está involucrada con su atención o es responsable por el pago de su atención. Además, podemos divulgar información con respecto a usted con un representante de paciente. Si una persona cuenta con autorización legal para tomar decisiones de atención médica por usted, nosotros trataremos a ese representante del paciente de la misma manera que lo trataríamos a usted en lo que respecta a su información de salud.

**Asistencia en caso de desastres.** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para prestar ayuda en casos de desastre.

**Requerido por ley.** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud cuando sea requerido por ley.

**Actividades de salud pública.** Nosotros podemos divulgar su información de salud por razones de salud pública, y estas incluyen:

- o Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad;
- o Reportar abuso de niños o casos de negligencia;
- o Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o aparatos;
- o Notificarle a una persona sobre productos o aparatos que se van a recolectar, reparar o reemplazar;
- o Notificarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o
- o Notificarle a la autoridad gubernamental correspondiente cuando creamos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Seguridad Nacional.** Nosotros podemos divulgarle la información de salud del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares en ciertas circunstancias. Nosotros podemos divulgarle a los funcionarios federales autorizados la información que requieran para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia o de otro tipo de seguridad nacional. Nosotros podemos divulgarle la información de salud protegida de un recluso o paciente a una institución correccional u oficial de policía que tenga custodia legal de esa persona.

**Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.** Nosotros le divulgaremos su información de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando sea requerido para investigar o determinar el cumplimiento de la Ley HIPAA.

**Compensación obrera.** Nosotros podemos divulgar su información de salud protegida hasta el grado autorizado por y necesario para cumplir las leyes relacionadas con la compensación obrera u otros programas similares establecidos por ley.

**Ejecución de la ley.** Nosotros podemos divulgar su información de salud protegida por motivos de ejecución de la ley según esté permitido por la Ley HIPAA, como sea requerido legalmente, o en respuesta a un emplazamiento u orden de tribunal.

**Actividades de supervisión de salud.** Nosotros podemos compartir su información de salud protegida con una agencia de supervisión para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y determinaciones de credenciales según sean necesarias para obtener licencia y para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Procesos judiciales y administrativos.** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, nosotros podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden de un tribunal o administrativa. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a un emplazamiento, solicitud de descubrimiento u otros procesos de ley instituidos por otra persona involucrada en la disputa, pero únicamente si han habido esfuerzos por la parte que la está solicitando o por nosotros de decirle sobre la solicitud o de obtener una orden para proteger la información solicitada.

**Investigación.** Nosotros podemos compartir su información de salud protegida con investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o junta de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información.

**Médicos forenses y directores fúnebres.** Nosotros podemos compartir su información de salud protegida con un médico forense. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. Nosotros también podemos compartir su información de salud protegida con directores fúnebres de conformidad con las leyes aplicables para que ellos puedan llevar a cabo sus funciones.

**Recaudación de fondos.** Nosotros podemos comunicarnos con usted para darle información sobre actividades que auspiciamos, que incluyen programas de recaudación de fondos, según lo permitan las leyes aplicables. Si usted no desea recibir ese tipo de información de nosotros, puede optar por no recibir las comunicaciones.

**Otros usos y divulgaciones de la información de salud protegida**

Se requerirá su autorización (con pocas excepciones) para divulgar notas de sicoterapia, usar o divulgar la información de salud protegida para propósitos de mercadeo o vender la información de salud protegida. Nosotros también obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud protegida para propósitos que no sean los dispuestos en este Aviso (o como de otro modo lo permitan o requieran las leyes). Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, nosotros dejaremos de usar o divulgar su información de salud protegida excepto al grado que ya hayamos tomado acción habiendo contado con la autorización.

**Sus derechos en cuanto a la información de salud**

**Acceso.** Usted tiene derecho a ver o conseguir copias de su información de salud con limitadas excepciones. Se requerirá su autorización (con pocas excepciones) para solicitar acceso se puede obtener usando la información de contacto al final de este Aviso. Usted también puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita información que tenemos en papel, nosotros podemos proporcionarle fotocopias. Si pide información que mantenemos de forma electrónica, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica. Nosotros usaremos la forma y formato que usted pida si está disponible. Nosotros le cobraremos un cargo razonable basado en el costo de los suministros y el trabajo de hacer las copias, y por el franqueo si quiere que le enviemos las copias por correo. Comuníquese con nosotros usando la información al final de este Aviso para que le expliquemos nuestra estructura de cargos.

Si se le niega una solicitud de acceso, usted tiene derecho a que la denegación sea revisada de conformidad con los requisitos de las leyes aplicables.

**Registro de divulgación. Excepto en el caso de ciertas divulgaciones,** usted tiene derecho a recibir un registro de las veces que se ha divulgado su información de salud de conformidad con las leyes y regulaciones aplicables. Para pedir un registro de las divulgaciones de su información de salud, deberá presentarle una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Si usted solicita este registro más de una vez en un período de 12 meses, nosotros podemos cobrarle un cargo razonable basado en el costo por responder a las solicitudes adicionales.

**Derecho a solicitar una restricción.** Usted tiene derecho de solicitar restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud protegida presentándole una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Su solicitud por escrito deberá incluir (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación, o ambos, y (3) a quién quiere que le apliquen las limitaciones. A nosotros no se nos requiere estar de acuerdo con su solicitud excepto en el caso en que la divulgación sea a un plan médico con el propósito de recibir un pago o efectuar operaciones de salud, y la información es únicamente en referencia a un artículo o servicio de salud por el que usted, o una persona a nombre suyo (que no sea el plan médico) le haya pagado por completo a nuestro consultorio.

**Comunicación alternativa.** Usted tiene derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por un medio alternativo o en un lugar alternativo. Usted deberá solicitarlo por escrito. Su solicitud deberá especificar el medio o lugar alternativo, y proporcionar una explicación satisfactoria sobre cómo se manejarán los pagos en el medio o lugar alternativo que está solicitando. Nosotros acomodaremos toda solicitud razonable. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted usando los medios o lugares que ha solicitado, entonces podremos comunicarnos con usted usando la información que tengamos.

**Enmienda.** Usted tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su solicitud deberá ser por escrito, y la misma deberá explicar por qué la información debe ser enmendada. Nosotros podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si estamos de acuerdo con su solicitud, enmendaremos su expediente y se lo notificaremos. Si denegamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué la negamos y explicaremos sus derechos.

**Derecho a recibir notificación de acceso no autorizado.** Usted recibirá notificaciones de cualquier acceso no autorizado a su información de salud protegida según se requiere por ley.

**Aviso electrónico.** Usted puede recibir una copia impresa de este Aviso si la solicita, aún cuando haya acordado recibir este Aviso electrónicamente en nuestro sitio Web o por correo electrónico (*e-mail*).

**Preguntas y quejas**

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión nuestra en cuanto al acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud suya para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por un medio alternativo o a un lugar alternativo, usted puede presentarnos una queja al respecto usando la información de contacto al final de este Aviso. Usted también puede presentarle una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando la solicite.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. Nosotros no tomaremos ningún tipo de represalia si usted decide presentarnos una queja a nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Nuestro Funcionario de Privacidad: Gina Shelfo, RDA

Teléfono: 707-255-4400  
Fax: 707-257-7444  
Dirección: 3392 Solano Ave, Napa CA 94558  
Email: [gigi@cookeortho.com](mailto:gigi@cookeortho.com)