

Responsabilidad Financial

Como resultado de las diferentes y confusas pólizas de reembolso de las compañías de seguros, es necesario tener una póliza de responsabilidad financiera que se entienda con mayor facilidad.

Un cargo de \$45.00 será aplicado a su cuenta si usted no llama para cancelar o cambiar su cita con 48 horas de antelación.

1. Es importante que usted le provea a la oficina la información completa de su seguro con todos los portadores con quienes esté asegurado a la hora de servicio. **En cada visita a la oficina dental** necesitamos que usted nos muestre su tarjeta del seguro para asegurar que su información actual del seguro está en archivo.

2. Como servicio a nuestros pacientes, nosotros enviamos su demanda de seguro a su compañía de seguros primaria. Nuestra oficina le proveerá a la compañía de seguro toda la información necesaria para ayudarlo a recibir los máximos beneficios de su compañía de seguros. Sin embargo, es responsabilidad del paciente saber la cobertura de su seguro y el límite de los beneficios de su póliza en particular.

Si se niega su demanda, investigaremos porqué la demanda fue negada y enviaremos su demanda nuevamente o le enviamos cuenta con el balance apropiado. Si la demanda es negada una segunda vez, el balance apropiado se convierte en la responsabilidad del paciente e inmediatamente nos deberán pagar directamente. Puede entonces entrar en contacto con su compañía de seguros para su reembolso.

El seguro es un beneficio al paciente diseñado para asistir al paciente en su obligación financiera con Bear Glasgow Dental . El paciente es el que está recibiendo el servicio dental y por lo tanto el responsable de todos los cargos en la cuenta sin importar cualquier cobertura de seguro. Esto se aplica a cada miembro de la familia que está recibiendo tratamiento dental con Bear Glasgow Dental .

En la oficina le cobramos al paciente el deducible (cuando el deducible aplica al tratamiento) y el balance estimado que exista después que el seguro pague por el tratamiento. Después que se reciba el pago del seguro, le mandaremos la cuenta al paciente para cualquier diferencia entre el pago anticipado del seguro y el pago real del seguro. En caso que el paciente no tenga cobertura de seguro, los cargos del servicio deberán y serán pagados en el momento del tratamiento aplicado, a menos que se hayan aprobado arreglos financieros.

Los beneficios del seguro son estimaciones solamente. Entiendo que soy responsable de copagos, deducibles y cualquier procedimiento que mi compañía de seguros no cubra. Autorizo al dentista a dar cualquier información, incluyendo los diagnósticos y los expedientes del tratamiento rendido a mí o a miembros de mi familia, a los pagadores del servicio o a los médicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros pagar directamente al dentista, los beneficios del seguro que serían pagaderos a mí. Entiendo que mi portador de seguro dental puede pagar menos que la cuenta real del servicio. Yo me hago responsable del pago de todos los servicios rendidos y de cualquier honorario de colección acumulado en mi favor o el de mis dependientes. Yo también soy responsable de cualquier demanda de seguro que no sea pagada después de los 60 días de servicio.

Firma de Paciente (Padre si es menor de edad) O responsable del paciente

Fecha

Formulario Suplementario Historia Médica :

Tienes un defecto congénito del corazón que no ha sido reparado? No Si _____

Ha tenido un reemplazo de válvula cardíaca de cualquier tipo? No Si _____

Alguna vez has tenido la endocarditis infecciosa? No Si _____

Ha un cirujano ortopédico le dijo que usted necesite antibióticos antes de un tratamiento dental, ya que han tenido un reemplazo de articulaciones, pasadores, u otra reparación de las articulaciones? No Si _____

Existen condiciones especiales de las necesidades que aún no se han enumerado, incluyendo autismo, deterioro cognitivo, las condiciones cromosómicas o síndromes?

No Si _____

Si usted está en una silla de ruedas, puede moverse con facilidad en nuestro sillón dental para el tratamiento? No Sí N / A Somos capaces de dar cabida en su silla de ruedas en habitaciones especialmente diseñadas en nuestro centro de sedación.

Respecto Tratamiento Dental de los Niños

Tratamos a pacientes de todas las edades, y recomendamos una visita introductoria comenzando aproximadamente a la edad de 6 meses, cuando aparecen los primeros dientes de leche. Queremos llegar a su hijo a un comienzo saludable!

Nuestra oficina sigue las recomendaciones y protocolos de la Asociación Dental Americana y la Academia Americana de Odontología Pediátrica. Aunque siempre tenemos un ayudante en la sala, que también sirve como una chaperona, no tenemos padres en la sala de tratamiento durante el tratamiento real. El tratamiento dental implica instrumentos y equipos que es aguda y / o girando en 400.000 rpm. Incluso los padres bien intencionados inadvertidamente causan distracción en momentos críticos, que pueden resultar en lesiones. Una excepción es la introducción y limpieza de las citas menores de 3 años, en donde el niño va a sentarse en su regazo. Tomaremos excelente cuidado de su hijo/hija.

Le involucrar en el proceso de tratamiento de la planificación, animamos preguntas, y le mantendremos informado de cualquier problema que surja durante el tratamiento. En algunos casos, con base en los niveles de ansiedad y de cooperación, grado de tratamiento necesario, o condiciones médicas, podríamos recomendar el tratamiento bajo alguna forma de sedación. Todas nuestras decisiones se toman con la salud dental y general de su hijo en mente.

He respondido a las preguntas al mejor de mi conocimiento, y entender y estar de acuerdo con las políticas de oficina que han sido comunicados a mí.

Paciente, padre o tutor firma

fecha

WESTOWN DENTAL, LLC.

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Usted puede rehusarse a firmar este consentimiento

_____ He recibido una copia de practices de privacidad de Esta oficina.

Marque Nombre

Firma Fecha

Para la utilization de la oficina solo
Procuramos obtener reconocimiento escrito de recibo de nuestra nota de ractices privadas pero el reconocimiento no podria ser obtenido porque:

---El individui se nego a firmar

---Una ermergencia, una situacion nos previno de obtener reconocimiento

---Otro (Especifica por favor)

Westown Dental, L.L.C.

PERMISO DE HIPPA PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

En conformidad con la regla de privacidad de HIPAA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el paciente aquí nombrado, doy permiso de compartir TODA mi Información Privada y Protegida (que incluye: Información de cobro y pago, Seguro Médico, Citas, Resultados Médicos, Tratamiento) **por cualquier de los siguientes métodos** (incluyendo, y no solamente por escrito, fotocopias, papel, formatos electrónicos, verbal, fax) **a las siguientes personas:**

1.Nombre _____

Relación: _____

2.Nombre _____

Relación: _____

(si necesita más espacio, déjenos saber)

****NO DESEO QUE MI INFORMACIÓN SEA COMPARTIDA**

Firma _____

Entiendo que tengo derecho de revocar este permiso en cualquier momento, y que mi revocación debe ser por escrito. Entiendo que la revocación no aplica a información que ya ha sido compartida en respuesta a esta autorización.

Entiendo que cualquier difusión de información puede ser difundida nuevamente por parte del receptor y ya no será protegida por leyes estatales ó federales. Puedo revisar y/ó copiar la información que va a ser difundida. En caso que tenga alguna duda sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar el oficial de privacidad y pedir una copia de este permiso. Entiendo que no necesito firmar este permiso para recibir tratamiento, y que dar permiso para difundir esta información es voluntaria.

Entiendo que mi expediente de salud puede incluir información relacionada con tratamiento de abuso de drogas y alcohol, enfermedades mentales, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis C ó genética.

Fotocopia y/ó fax de esta autorización es considerará tan verdadera y válida como el documento original.

Firma del paciente (padre ó guardián)

Fecha

Nombre impreso del paciente

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____

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

- | | | |
|--|---|---|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, sírvase explicar: _____ |
| ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | _____ |
| ¿Esta usted en una dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usa tabaco? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dialisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

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

Firma del paciente, padre o tutor _____

Fecha _____

Notice Of Privacy Practices

Purpose: This form, Notice of Privacy Practices, presents the information that federal law requires us to give our patients regarding our privacy practices.

We must provide this Notice to each patient beginning no later than the date of our first service delivery to the patient, including service delivered electronically, after April 14, 2003. We must make a good-faith attempt to obtain written acknowledgement of receipt of the Notice from the patient. We must also have the Notice available at the office for patients to request to take with them. We must post the Notice in our office in a clear and prominent location where it is reasonable to expect any patients seeking service from us to be able to read the Notice. Whenever the Notice is revised, we must make the Notice available upon request on or after the effective date of the revision in a manner consistent with the above instructions. Thereafter, we must distribute the Notice to each new patient at the time of service delivery and to any person requesting a Notice. We must also post the revised Notice in our office as discussed above.

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).

WESTOWN DENTAL, LLC.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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.
THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION IS IMPORTANT TO US.**

OUR LEGAL DUTY

We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect April 14, 2003, 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. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available 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.

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

Treatment: We may use or disclose your health information to a dentist, physician, or other healthcare provider providing treatment to you.

Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

Healthcare Operations: We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

Your Authorization: In addition to our use of your health information for treatment, payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

To Your Family and Friends: We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

Persons Involved In Care: We may use or disclose health information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care, of your location, your general condition, or death. If you are present, then prior to use or disclosure of your health information, we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make

reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, X-rays, or other similar forms of health information.

Marketing Health-Related Services: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

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

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

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 of protected health information of inmate or patient under certain circumstances.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, or letters).

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You may request that we provide copies in a format other than photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. (You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. We will charge you a reasonable cost-based fee for expenses such as copies and staff time. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice. If you request copies, we will charge you \$0.50 for each page, \$20 per hour for staff time to locate and copy your health information, and postage if you want the copies mailed to you. If you request an alternative format, we will charge a cost-based fee for providing your health information in that format. If you prefer, we will prepare a summary or an explanation of your health information for a fee. Contact us using the information listed at the end of this Notice for a full explanation of our fee structure.)

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April 14, 2003. 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 these additional requests.

Restriction: You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations. **{You must make your request in writing.}** Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

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.

Electronic Notice: If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form.

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 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.

Contact Person: Privacy Officer, Westown Dental, LLC.

Telephone: (302) 376-3750

Address: 818-820 Kohl Avenue. Middletown, DE 19709

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).