

**DỊCH VỤ CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG SẴP
CÓ MẶT TẠI TRƯỜNG!**

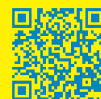
Nhận dịch vụ nha khoa tại trường MIỄN PHÍ*.

* Áp dụng cho bệnh nhân tham gia bảo hiểm Medi-Cal (còn gọi là Medi-Cal Dental (Denti-Cal) hoặc Medicaid)

Đăng Ký Trực Tuyến!

www.MySchoolDentist.com

**Quét mã bằng
điện thoại của
quý vị.**



Chăm sóc răng miệng là rất quan trọng để duy trì sức khỏe tốt cho con của quý vị.

TIỀN LỢI & DỄ DÀNG – Big Smiles sẽ tiến hành kiểm tra răng miệng định kỳ cho con quý vị và cung cấp dịch vụ làm sạch, chụp X-quang cần thiết, sơn bột fluoride cùng trám bít răng nếu cần. Những dịch vụ khác như trám răng cũng có thể được cung cấp. Báo cáo kết quả kiểm tra răng miệng của con quý vị sẽ được gửi về nhà. Con quý vị sẽ có quyền nhận dịch vụ chăm sóc nha khoa ban đầu và các lần tái khám. **KÝ TÊN VÀ GỬI LẠI TRƯỜNG NGAY HÔM NAY!**



VUI LÒNG HOÀN THÀNH

Tên Hợp Pháp của Trẻ		Ngày Sinh	☐ Nam ☐ Nữ
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Trường	Giáo Viên		Khối
Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ		Số Điện Thoại ()	
Email		Số Điện Thoại Phụ ()	
Tên Người Liên Hệ Khẩn Cấp (nếu khác với tên người được nêu trên)	Số Điện Thoại	Mối Quan Hệ với Trẻ	

**CÂU HỎI
QUAN TRỌNG
VỀ SỨC KHỎE**

CON QUÝ VỊ CÓ BẤT KỲ TÌNH TRẠNG Y TẾ, KHUYẾT TẬT, VẤN ĐỀ VỀ HÀNH VI HOẶC VẤN ĐỀ NÀO KHÁC TRƯỚC ĐÂY HOẶC HIỆN TẠI KHÔNG? VUI LÒNG TÍCH VÀO CÁC TÌNH TRẠNG PHÙ HỢP VỚI CON QUÝ VỊ VÀ GIẢI THÍCH TẠI PHẦN ĐỂ TRỐNG ĐƯỢC CUNG CẤP. ĐÍNH KÈM THÔNG TIN BỔ SUNG TRONG BIỂU MẪU NÀY NẾU CẦN. **NẾU KHÔNG CÓ TÌNH TRẠNG NÀO PHÙ HỢP, VUI LÒNG ĐỂ TRỐNG.**

- | | | | | |
|--|---|---|---|------------------------------------|
| ☐ Bệnh truyền nhiễm hiện hoạt
(bao gồm COVID-19) | ☐ Dị ứng – thức ăn/mùa | ☐ Rối loạn đông máu | ☐ Tiểu đường | ☐ Bệnh thận |
| ☐ Hen suyễn | ☐ Dị ứng – thuốc | ☐ Vấn đề về hô hấp | ☐ Vấn đề về tim | ☐ Bệnh gan |
| ☐ Khác | ☐ Vấn đề về hành vi | ☐ Vấn đề về răng miệng | ☐ Rối loạn miễn dịch | ☐ Động kinh |
| Giải thích | | | | |

Liệt kê các loại thuốc và/hoặc vấn đề về răng miệng hiện có:

NẾU TRẺ CÓ BẢO HIỂM MEDIP-CAL (còn gọi là Medi-Cal Dental (Denti-Cal) hoặc Medicaid)

QUAN TRỌNG: NẾU QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM MEDI-CAL, VUI LÒNG CUNG CẤP SỐ ID ĐỂ NHÀ SĨ CÓ THỂ KHÁM CHO CON QUÝ VỊ.

Khoanh tròn một trong các đáp án sau: Medi-Cal Dental, Health Net, Liberty, California Dental Network, Health Plan of San Mateo, Health Plan of San Joaquin

Nhập Số ID BIC của Trẻ TẠI ĐÂY: —→ Số ID

[illegible]

HOẶC Số An Sinh Xã Hội của Trẻ (nếu có)

- -

BẢO HIỂM NHA KHOA TƯ NHÂN

BẢO HIỂM NHÀ KHOA TỰ NHÂN	Tên Công Ty Bảo Hiểm (không phải Medicaid)	Số Điện Thoại Bảo Hiểm ()	-
Số Nhóm	Tên Công Ty	Số Điện Thoại Công Ty ()	-
Tên Người Trưởng Thành Được Bảo Hiểm	Ngày Sinh của Người Trưởng Thành Được Bảo Hiểm / /		
ID Thành Viên/Số Hợp Đồng	Số An Sinh Xã Hội của Người Trưởng Thành Được Bảo Hiểm - -		

NẾU TRẺ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM NHA KHOA

- ☐ Tôi có thể quan tâm đến việc thanh toán cho các dịch vụ nha khoa. Hãy liên hệ với tôi.

Nếu con quý vị đã có nha sĩ định kỳ riêng và quý vị muốn tiếp tục sử dụng dịch vụ chăm sóc của nha sĩ đó, vui lòng thực hiện theo lựa chọn của quý vị.

ĐỌC VÀ KÝ TÊN BÊN DƯỚI (Nếu quý vị có câu hỏi hoặc muốn trao đổi với nha sĩ, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-481-8639.)

Tôi hiểu và đồng ý ủy quyền cho Marn DDS Dental Practice P.C. (Nhà cung cấp), các nha sĩ và bác sĩ vệ sinh răng miệng liên kết cùng thực tập sinh từ Viện Nha Khoa UCLA và UCSF dưới sự giám sát của nha sĩ, cung cấp dịch vụ nha khoa tại trường cho trẻ được nêu tên ở trên mà tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp. Dịch vụ nha khoa bao gồm khám tra, làm sạch răng, sơn bột fluoride, trám bít răng, Trám Nhựa Ngừa Sâu Răng, chụp X-quang và bôi Silver Diamine Fluoride nếu cần. (Sử dụng Silver Diamine Fluoride có thể làm đổi màu các lỗ sâu thành nâu hoặc đen. XEM MẬT SAU ĐỂ BIẾT THÊM CHI TIẾT.) Tôi cũng ủy quyền cho các dịch vụ nha khoa nào khác như trám răng, nhổ răng sữa có vấn đề, thực hiện thủ thuật tẩy trắng (điều trị thần kinh răng sữa), gây tê miệng và răng cùng các thủ thuật khác nếu cần. Tôi đã đọc nội dung CÂU HỎI QUAN TRỌNG VỀ SỨC KHỎE ở trên và sẽ báo cáo bất kỳ thay đổi quan trọng nào về sức khỏe của con tôi qua số 855-481-8639. Tôi cũng đã đọc nội dung THÔNG BÁO QUAN TRỌNG VÀ CHẤP THUẬN Ở MẬT SAU CỦA TRANG NÀY và hiểu cũng như đồng ý với các điều khoản được nêu.

**KÝ & GHI RÕ
NGÀY TẠI ĐÂY**

Ý kiến chấp thuận này ủy quyền cho lần khám răng ban đầu và các lần tái khám trong tương lai.

NGÀY

Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, vui lòng gấp và niêm phong biểu mẫu này.



THẮC MẮC: 855-481-8639

FAX: 888-330-4331

Truy cập trang web của chúng tôi tại BigSmilesDental.org

Marn DDS Dental Practice P.C.
3201 Wilshire Blvd., Suite 110, Santa Monica, CA 90403
© Marn DDS Dental Practice P.C., 2026

THÔNG BÁO QUAN TRỌNG & CHẤP THUẬN

Tôi hiểu và đồng ý ủy quyền cho Marn DDS Dental Practice P.C. (Nhà cung cấp), các nha sĩ và bác sĩ vệ sinh răng miệng liên kết cùng thực tập sinh từ Viện Nha Khoa UCLA và UCSF dưới sự giám sát của nha sĩ, cung cấp dịch vụ nha khoa tại trường cho trẻ được nêu tên ở trên mà tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp: kiểm tra nha khoa và hướng dẫn vệ sinh răng miệng, làm sạch răng, sơn bột fluoride, chụp X-quang kỹ thuật số (bệnh nhân sẽ tiếp xúc với một lượng bức xạ tối thiểu), trám bít răng (một lớp nhựa mỏng được gắn vào rãnh men của răng hàm để bảo vệ răng khỏi sâu răng), Trám Nhựa Ngừa Sâu Răng (PRR - loại bột tình trạng sâu răng nhẹ trong rãnh men và đặt vật liệu trám composite) và bôi Silver Diamine Fluoride để điều trị sự tiến triển của sâu răng. Tôi ủy quyền nha sĩ hoặc thực tập sinh từ Viện Nha Khoa UCLA/UCSF dưới sự giám sát thực hiện trám các lỗ sâu răng hoặc đặt mao răng, nhổ răng sữa có vấn đề, thực hiện thủ thuật tẩy trắng (điều trị thần kinh răng sữa), đặt khí cụ duy trì khoảng cách hoặc thực hiện các biện pháp điều trị nha khoa khác nếu cần. Tôi hiểu rằng điều trị nha khoa có thể có rủi ro, bao gồm sưng hoặc đau do điều trị hoặc tiềm ẩn các cục bộ hoặc phản ứng dị ứng. (Để biết thêm thông tin về các rủi ro khi điều trị và các phương pháp thay thế, vui lòng gọi đến số điện thoại được cung cấp.) Tôi hiểu rằng một phần dịch vụ kiểm tra răng miệng của con tôi có thể được thực hiện từ xa và thông tin lâm sàng (chẳng hạn như phim chụp x-quang) có thể được thu thập và gửi qua phương thức điện tử đến một địa điểm khác để nha sĩ đánh giá. Tôi chấp thuận sử dụng các dịch vụ nha khoa từ xa này và hiểu rằng mặc dù các biện pháp bảo mật thông tin vẫn được áp dụng, việc sử dụng hệ thống truyền dữ liệu điện tử của bên thứ ba có thể tiềm ẩn rủi ro về quyền riêng tư. Tôi hiểu rằng tôi có quyền truy cập thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nha khoa từ xa. Tôi ủy quyền và chỉ định Nhà cung cấp lập hóa đơn và thu phí thanh toán từ bất kỳ chương trình Medicaid, bảo hiểm hoặc đơn vị thanh toán nào khác. Tôi ủy quyền cho trường học cung cấp số Denti-Cal của con tôi cho Nhà cung cấp và đơn vị thu phí của họ để lập hóa đơn thanh toán cho các dịch vụ. Ngoài ra, tôi ủy quyền cho Nhà cung cấp dịch vụ hoặc đơn vị thu phí của họ tiết lộ số Denti-Cal của con tôi cho Denti-Cal. Nếu có bảo hiểm nha khoa tư nhân, tôi sẽ nhận hóa đơn và đồng ý thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ và/hoặc đồng thanh toán nào. Dịch vụ sẽ được cung cấp mà không có sự hiện diện của tôi, trừ khi tôi sắp xếp trước để có mặt và có mặt vào thời điểm dịch vụ được thực hiện. Tôi chấp thuận cho Nhà cung cấp dịch vụ gửi tin nhắn văn bản về chương trình nha khoa tại trường. Tôi xác nhận rằng tin nhắn văn bản thông phải là hình thức liên lạc an toàn và có thể có rủi ro về quyền riêng tư. (Phí tin nhắn và/hoặc dữ liệu để gửi tin nhắn có thể bị tính bởi nhà cung cấp dịch vụ di động của quý vị; để ngừng nhận tin nhắn, vui lòng soạn tin nhắn phản hồi với nội dung "STOP" cho bất kỳ tin nhắn nào từ chúng tôi. Quý vị cũng đồng ý nhận các cuộc gọi tự động quay số và/hoặc tin nhắn ghi âm sẵn liên quan đến chương trình nha khoa tại trường đến số điện thoại cố định và/hoặc di động được cung cấp trong biểu mẫu này.) Tôi đã nhận được Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư (NPP) đính kèm ở biểu mẫu này và đồng ý tiết lộ thông tin hồ sơ y tế của con tôi, bao gồm hồ sơ thu được từ các nhà cung cấp khác, cũng như thông tin về HIV/AIDS, bệnh truyền nhiễm, bệnh lây qua đường tình dục, sử dụng ma túy và rượu và bệnh thiếu máu. Tôi ủy quyền để Nhà cung cấp dịch vụ tiết lộ những thông tin này cho bất kỳ bên thanh toán chịu trách nhiệm và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ hành chính cùng các nhà thầu phụ của họ nhằm mục đích sử dụng và tiết lộ liên quan đến việc điều trị của con tôi, thanh toán dịch vụ và các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Ý kiến chấp thuận kèm chữ ký này cho phép con tôi nhận dịch vụ khám nha khoa ban đầu và tái khám trong tương lai. Tôi có thể rút lại ý kiến chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng văn bản.

Silver Diamine Fluoride (SDF) - Một phương pháp điều trị nha khoa mới để chống sâu răng

LỢI ÍCH CỦA SDF: Sâu răng là tình trạng rất phổ biến ở trẻ em, hiện nay, các nha sĩ của chúng tôi đã tìm ra một phương pháp thay thế an toàn và không gây đau đớn cho quy trình khoan truyền thống, được gọi là silver diamine fluoride (SDF). SDF là một dung dịch kháng khuẩn được FDA phê duyệt, giúp ngăn ngừa sự hình thành, phát triển hoặc lan rộng của sâu răng. Nha sĩ chỉ cần bôi SDF lên các răng hàm ở phía sau.

Các lựa chọn thay thế

- Không điều trị: Răng có thể tiếp tục bị sâu và gây đau đớn.
- Các phương pháp khác: sơn fluoride, trám răng, bọc mao răng hoặc nhổ răng.

Rủi ro

- Điều trị SDF có thể không thể loại bỏ nhu cầu trám răng truyền thống.
- Việc bôi SDF có thể làm vết sâu răng chuyển sang màu nâu hoặc đen - điều này có nghĩa là nó đang có tác dụng.
- Các phần răng khỏe mạnh sẽ không bị đổi màu.
- SDF có thể khiến da bị đổi màu tạm thời nếu tiếp xúc. Vết đổi màu này vô hại và sẽ biến mất trong vòng chưa đầy một tuần.
- SDF có thể có vị kim loại tạm thời.

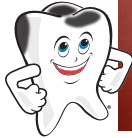


Sâu răng



Đã bôi SDF

Quý vị có thắc mắc? Gọi cho điều phối viên chăm sóc của chúng tôi theo số 855-481-8639.



LƯU LẠI HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ

MARN DDS DENTAL PRACTICE P.C.

Mandana Akbarian-Borojeni, DMD, Anderson Alas, DDS, Katrina Angeles, DDS, James Bell, DMD, Mariana Carter, DDS, Ashley Chan, DDS, Ricardo Delgado, DDS, Kourosh Dianatyadzi, DDS, Karen Eisenhofer, DDS, Lorie Espejo, DDS, Theresa Herrera, DDS, Leland Jung, DDS, Rishma Khurana, DMD, Maria Kidwell, DDS, Bum Kim, DDS, Bonnie Krystal, DDS, Mikako Kuga, DDS, Kyoung Lee, DDS, Kenneth Lu, DDS, Daniela Maldonado, DDS, Afroz Moghadam, DDS, Carolina Moura, DMD, Michelle Nguyen, DDS, An Nguyen-Wong, DDS, Maria Nunez-Ouji, DDS, Essence Page, DDS, Jaen Park, DDS, Jinhee Park, DDS, Geoffrey Pena, DMD, Pranee Pouodomsak, DDS, Kevin Porres, DDS, Manisha Ramchandani, DDS, Maricar Ramos, DMD, Antonio Relucio, DDS, Kirk Renshaw, DMD, Ghazal Rokhsar, DDS, Panna Ruparel, DDS, Roger Sandoval, DDS, Jeffrey Shaw, DDS, John Shui, DDS, Alison Simard, DDS, Hector Soria, DDS, Jennifer Wang, DDS, Wan-Jou Renee Wang, DDS, Helen Yeung, DDS, Viacheslav Zoubtsov, DDS

THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ VỀ CÁCH CÁC THÔNG TIN Y TẾ CỦA QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ, CỨNG NHƯ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT CẨN THẬN CÁC THÔNG TIN NÀY. LƯU LẠI HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ

NGHĨA VỤ PHÁP LÝ CỦA CHÚNG TÔI

Sự riêng tư của thông tin y tế của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi. Chúng tôi có nghĩa vụ bảo vệ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị theo luật liên bang và tiểu bang hiện hành. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ cung cấp Thông báo về các thực hành quyền riêng tư của chúng tôi, nghĩa vụ pháp lý và các quyền của quý vị liên quan đến thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi phải tuân thủ các thực hành quyền riêng tư được mô tả trong Thông báo này trong thời gian thông báo có hiệu lực. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu thông tin y tế không được bảo mật của quý vị bị xâm phạm.

Chúng tôi có quyền thay đổi các thực hành quyền riêng tư của mình, cũng như các điều khoản của Thông báo này bất cứ lúc nào, miễn là các thay đổi đó được pháp luật cho phép. Chúng tôi có quyền thay đổi các thực hành quyền riêng tư, cũng như các điều khoản trong Thông báo này, đối với mọi thông tin sức khỏe mà chúng tôi lưu giữ, bao gồm thông tin sức khỏe mà chúng tôi đã tạo hoặc nhận được trước khi thực hiện các thay đổi đó. Trước khi thực hiện thay đổi đáng kể trong thực hành quyền riêng tư, chúng tôi sẽ sửa đổi Thông báo này và cung cấp Thông báo mới khi có yêu cầu.

Quý vị có thể yêu cầu bản sao Thông báo của chúng tôi bất cứ lúc nào. Để biết thêm thông tin về các thực hành quyền riêng tư hoặc để khác đang điều trị cho quý vị, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo thông tin được liệt kê ở cuối Thông báo.

SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị để điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Ví dụ:

Điều trị: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho bác sĩ, y tá tại trường học hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác đang điều trị cho quý vị.

Thanh toán: Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị để nhận phí thanh toán cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp.

Các Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe: Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị liên quan đến các hoạt động kinh doanh của chúng tôi, chẳng hạn như đánh giá khả năng hoặc năng lực của chuyên gia y tế và đánh giá hiệu suất của bác sĩ và nhà cung cấp.

Sự Cho Phép của Quý Vị: Việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin không được mô tả trong Thông báo này chỉ có thể được thực hiện khi có sự cho phép bằng văn bản của quý vị. Ngoài ra, chúng tôi phải có sự cho phép bằng văn bản của quý vị để bán thông tin y tế của quý vị hoặc để sử dụng/tiết lộ thông tin của quý vị nhằm mục đích tiếp thị hàng hóa hoặc dịch vụ khi chúng tôi được trả tiền để thực hiện việc liên lạc. Trong trường hợp quý vị đã ủy quyền cho chúng tôi, quý vị có thể thu hồi lại sự cho phép bằng văn bản bất cứ lúc nào. Việc thu hồi của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng hoặc tiết lộ đã được phép trong thời gian quý vị cho phép của quý vị còn hiệu lực. Chúng tôi không thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị y bất kỳ lý do nào ngoài những lý do được mô tả trong Thông báo này trừ khi có sự cho phép bằng văn bản của quý vị.

Cho Gia Đình, Bạn Bè và Những Người Tham Gia Chăm Sóc Quý Vị: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho một thành viên gia đình, bạn bè hoặc người khác tham gia vào việc chăm sóc của quý vị trong phạm vi cần thiết để hỗ trợ chăm sóc sức khỏe hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các tổ chức cung trợ thiên tài để hỗ trợ kiểm tra nhân trong trường học xảy ra thảm họa. Chúng tôi cũng có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị để thông báo hoặc hỗ trợ thông báo cho một thành viên gia đình, người đại diện cá nhân hoặc người chịu trách nhiệm chăm sóc của quý vị về trí, tình trạng sức khỏe chung hoặc trong trường hợp quý vị qua đời. Nếu quý vị không muốn chúng tôi tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các thành viên gia đình hoặc những người khác trong những trường hợp này, vui lòng thông báo cho Nhân viên HIPAA của chúng tôi theo số 888-833-8441.

Theo Yếu Cầu của Pháp Luật: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị khi pháp luật yêu cầu.

An Toàn Công Cộng: Chúng tôi có thể cần tiết lộ thông tin y tế cho các cơ quan thực thi pháp luật, chẳng hạn như để đáp ứng lệnh khám xét hoặc trả lời của bộ tham đoan, hoặc để hỗ trợ trong việc xác định hoặc định vị một cá nhân, báo cáo trường hợp tử vong có thể do hành vi phạm tội gây ra hoặc báo cáo hành vi phạm tội diễn ra trong cơ sở của chúng tôi.

Lạm Dụng hoặc Bỏ Mắc: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các cơ quan có thẩm quyền nếu cho rằng quý vị có thể là nạn nhân của hành vi lạm dụng, bỏ mặc, bạo lực gia đình hoặc là nạn nhân của các tội phạm khác. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị nếu cần để ngăn chặn một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc của người khác.

Nhắc Nhở Cuộc Hẹn: Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị để gửi thông tin nhắc nhở cuộc hẹn (chẳng hạn như tin nhắn thông báo, bưu thiếp, thư, email hoặc tin nhắn văn bản).

Hoạt Động Giám Sát Y Tế: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế cho cơ quan giám sát y tế để thực hiện các hoạt động được pháp luật cho phép. Các hoạt động giám sát này bao gồm kiểm toán, điều tra, thanh tra và khảo sát cấp phép. Đây là những hoạt động cần thiết để chính phủ giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe, tình hình bình đẳng phát dịch bệnh, chương trình chính phủ, tuân thủ luật quyền công dân và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân.

Kiểm Tụng và Tranh Chấp: Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị khi có lệnh của tòa án hoặc cơ quan hành chính. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị để đáp ứng trả lời, yêu cầu khám phá hoặc quy trình pháp lý hợp pháp khác.

Các Trường Hợp Sử Dụng và Tiết Lộ Khác: Theo quy định của pháp luật, chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho mục đích nghiên cứu, các tổ chức xử lý và giám sát hiện trạng nội tạng và cấy ghép, chương trình bồi thường lao động hoặc các chương trình tương tự tuân theo quy định liên quan đến tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin để phục vụ cho các hoạt động y tế công cộng, chẳng hạn như ngăn ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, chấn thương hoặc khuyết tật, báo cáo phản ứng với thuốc hoặc vấn đề với sản phẩm y tế, thông báo thu hồi sản phẩm, thông báo cho người có thể tiếp xúc với bệnh hoặc có nguy cơ lây nhiễm bệnh, hỗ trợ giám định pháp y để xác định danh tính người đã khuất hoặc người nhận tị vong hoặc hỗ trợ giám đốc y tế thực hiện các nhiệm vụ của họ.

CÁC QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN

Tiếp cận: Quý vị có quyền xem hoặc nhận bản sao thông tin y tế của mình, trừ một số ngoại lệ nhất định. Quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản qua fax đến số được cung cấp ở cuối thông báo này để nhận bản sao thông tin y tế.

Giải Trình Về Việc Tiết Lộ: Quý vị có quyền nhận danh sách về một số tiết lộ thông tin y tế mà chúng tôi hoặc đối tác kinh doanh của chúng tôi đã thực hiện. Nếu quý vị yêu cầu giải trình nhiều hơn một lần trong vòng 12 tháng, chúng tôi có thể tính phí hợp lý để đáp ứng các yêu cầu bổ sung này.

Hạn chế: Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu này, trừ khi tiết lộ được thực hiện cho chương trình chăm sóc y tế của quý vị, quý vị (hoặc người khác ngoài chương trình bảo hiểm y tế hoặc một cơ quan y tế) đã thanh toán đầy đủ chi phí chăm sóc sức khỏe, tiết lộ liên quan đến thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe và khi không được pháp luật yêu cầu. Nếu đồng ý với yêu cầu hạn chế, chúng tôi sẽ tuân theo thỏa thuận đó (ngoại trừ trường hợp khẩn cấp).

Liên Lạc Thay Thế: Quý vị có quyền gửi yêu cầu bằng văn bản để yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị về thông tin y tế bằng phương thức thay thế hoặc tại địa điểm khác theo yêu cầu của quý vị.

Sửa đổi: Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi sửa đổi thông tin y tế của mình. Yêu cầu của quý vị phải được thực hiện bằng văn bản và nêu rõ lý do tại sao cần sửa đổi. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị trong một số trường hợp nhất định.

Thông Báo Điện Tử: Khi nhận được Thông báo này trên trang web của chúng tôi hoặc qua thư điện tử (e-mail), quý vị có quyền nhận Thông báo này dưới dạng bản in hoặc theo yêu cầu.

THẮC MẮC VÀ KHIÊU NẠI

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về thực hành quyền riêng tư hoặc có bất kỳ câu hỏi hoặc mối lo ngại nào, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã vi phạm quyền riêng tư của mình, quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi theo thông tin liên hệ ở cuối thông báo này. Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại bằng văn bản đến Văn Phòng Quyền Công Dân của Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ bằng cách gửi thư đến 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, gọi số 1-877-696-6775, hoặc truy cập trang web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. Chúng tôi sẽ không có bất kỳ hành động trả đũa nào nếu quý vị chọn gửi đơn khiếu nại đến chúng tôi hoặc Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Nhân Viên Liên Hệ: Nhân Viên HIPAA

Số Điện Thoại: 888-833-8441

Fax: 888-330-4331

email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

Ngày Có Hiệu Lực: Ngày 1 tháng 11 năm 2022