



Healthy Smiles Happen at School

Great news! Help A Child Smile dental program is joining with your child's school to offer full-service dental care at school. We will visit your child's school in the fall and spring of the school year, plus additional follow up visits as needed.

Fill out the permission form and return it to your school, or **sign up online at: www.MySchoolDentist.com**

Already signed up? Please fill out a new form so we can update your records.

Childhood cavities are more common than asthma. Infection from tooth decay can lead to other health problems, but tooth decay is preventable.

KEEP YOUR CHILD HEALTHY

The American Dental Association recommends yearly checkups for children. If your child has not seen a dentist in the past 12 months, this program is for you! Without regular dental checkups your child may be at risk for:

- Early tooth loss caused by dental decay
- Gum and heart disease
- Speech problems

EASY & CONVENIENT

When your child sees the in-school dentist, you save time. Local, Georgia licensed dentists and hygienists provide care from our fully equipped mobile offices. Dental care at school includes a complete exam, x-rays, cleaning, fluoride (SDF), sealants and cavity treatment when needed.

NO COST TO YOU

If your child is insured with Medicaid / PeachCare for Kids®, there is no cost to you. We also accept most private dental plans.

Silver Diamine Fluoride (SDF) - A new dental treatment to fight cavities Fluoruro Diamino de Plata (SDF) - Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries

BENEFITS OF SDF: Dental cavities are common in children, but now our dentists have a safe, painless alternative to traditional cavity drilling procedures called silver diamine fluoride (SDF). SDF is an FDA-approved antibiotic liquid used to help prevent cavities from forming, growing, or spreading to other teeth. The dentist simply brushes SDF on back teeth only.

BENEFICIOS DE SDF: Las caries dentales son comunes en los niños, pero ahora nuestros dentistas tienen una alternativa segura, sin dolor a los procedimientos tradicionales de perforación de caries llamado fluoruro diamino de plata (SDF). SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que se usa para ayudar a prevenir la formación, crecimiento o propagación de caries a otros dientes. El dentista simplemente cepilla SDF solo en los dientes posteriores.

Alternatives / Alternativas

- No treatment: The tooth may continue to decay and cause pain.
- Other options: fluoride varnish, a filling or crown, or extraction of the tooth.
- Sin tratamiento: el diente puede seguir deteriorándose y causar dolor.
- Otras opciones: barniz de fluoruro, relleno o corona, o extracción del diente.

Risks

- SDF treatment may not eliminate the need for a traditional filling.
- It's normal for SDF to stain the cavity brown or black—it means it's working.
- The healthy parts of the tooth will not be stained.
- SDF can cause temporary staining if it comes into contact with skin. The stain is harmless and should disappear in less than a week.
- SDF may cause a temporary metallic taste.

Riesgos

- Es posible que el tratamiento SDF no elimine la necesidad de un relleno tradicional.
- Es normal que el SDF manche la carie de color marrón o negro, lo que significa que está funcionando.
- No se mancharán las partes sanas del diente.
- El SDF puede causar manchas temporales si entra en contacto con la piel. La mancha es inofensiva y desaparecerá en menos de una semana.
- SDF puede causar un sabor metálico temporal.



Cavity / Carie



SDF applied / SDF aplicado

Questions? Call one of our care coordinators at 855-481-8639. / Preguntas? Llame a uno de nuestros coordinadores de atención al 855-481-8639.



Help A Child Smile

1816 Lakefield Ct. SE, Suite A, Conyers, GA 30013
855-481-8639 • Fax 888-330-4331
Georgia Dental Outreach, PC - GA License #DN012633

Please contact our office at 855-481-8639 with questions about your child's visit or follow up care. If your child is a patient and has a dental emergency, you may call us 24 hours a day. For general information, visit our website hcsa.com.

¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA!
Obtenga atención dental en la escuela
SIN COSTO* para usted.

* Medicaid y PeachCare cubre el 100% del tratamiento.

¡Regístrese en línea!
www.MySchoolDentist.com

Escanee el
código con su
teléfono.



Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.

FÁCIL Y CONVENIENTE - Dentistas licenciados en el estado periódicamente revisará la boca y dientes de su hijo, así como proporcionar una limpieza, rayos-x necesarios, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. Tratamiento adicional como rellenos, podrían ser proporcionados. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Permiso incluye tratamiento dental inicial y visitas de seguimiento. **¡FIRME Y DEVUELVALO A LA ESCUELA HOY!**



LLENE POR FAVOR

Nombre Legal del Niño	Apellido(s) Legal(es) del Niño		Fecha de Nacimiento mm/dd/aaaa	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
Escuela	Maestro		Grado	
Padre/Tutor Legal	Teléfono ()			
Correo electrónico	Teléfono Alt. ()			

**PREGUNTA
IMPORTANTE
DE SALUD**

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE APLICAN A SU HIJO Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. **SI NO APLICAN CONDICIONES, DEJAR EN BLANCO.**

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| ☐ Enfermedades contagiosas activas (incluyendo COVID-19) | ☐ Alergias-alimentos/estacionales* | ☐ Problemas de sangrado | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad del riñón |
| ☐ Asma | ☐ Alergias-medicamentos* | ☐ Problemas respiratorios | ☐ Problemas del corazón | ☐ Enfermedad del hígado |
| ☐ Otro | ☐ Problemas de comportamiento | ☐ Problemas dentales | ☐ Trastornos inmunológico | ☐ Convulsiones |

*Lista de alergias a algún medicamento u otra cosa:

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales:

Si su hijo ha ido al dentista en los últimos 12 meses, por favor proporcione el nombre y la dirección de el dentista o de la práctica del dentista _____ Date _____

MI HIJO TIENE MEDICAID/PEACHCARE:

Circule uno de los siguientes: Amerigroup, Caresource, GA Medicaid, Peach State

Ingrese el número de ID de BENEFICIARIO de Medicaid del niño AQUÍ:

Q Número de seguro social del niño (si está disponible)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de Aseguransa (no Medicaid)	Tel. del Seguro () -
# del Grupo	Tel. del Empleador () -
Nombre Adulto Asegurado	Fecha Nacim. / /
ID Miembro/# Póliza	# Seg. Soc. Adulto Asegurado - -

SI EL NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL

En caso de pagar por los servicios, engrape el cheque o giro postal en esta forma, y haga el pago a: **Help A Child Smile.** Para pagar con tarjeta de crédito, llame al 855-481-8639.

☐ Pagaré la tarifa reducida de \$183.00 por un examen dental, rayos X, limpieza y tratamiento de fluoruro por cita.

LEA Y FIRME ABAJO (si su hijo ya tiene un dentista, le sugerimos que siga el tratamiento con su dentista normal.)

Entiendo y autorizo a Georgia Dental Outreach, PC (Proveedor) y a sus dentistas afiliados a proveer los siguientes servicios al niño mencionado arriba del cual soy el padre custodio o tutor legal: examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza de los dientes, tratamiento de fluoruro, rayos-x, selladores dentales y tratamiento de fluoruro diamino de plata, si es necesario. Autorizo al dentista a que atienda cualquier carie o poner una corona de acero inoxidable sobre el diente si es necesario. Autorizo al proveedor a extraer cualquier diente de leche problemático, o a proveer una endodancia (que es el retiro del nervio adentro del diente), colocar mantenedores de espacio o realizar cualquier otro trabajo dental, según sea necesario. Entiendo que existen riesgos al recibir tratamientos dentales incluyendo inflamación o dolor después de haber recibido la inyección de la anestesia o una reacción alérgica. (Para información adicional sobre los riesgos del tratamiento dental y tratamientos alternativos por favor llame al número de abajo.) Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deductible y/o co-pago. Al menos de que allá echo algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. He recibido la notificación de prácticas privadas adjunta a esta hoja de consentimiento y consiento la divulgación de los expedientes médicos como descrita en la misma.

Puede que nosotros le enviemos mensajes por texto acerca del programa dental. Mensajes/o cargos de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicio telefonico; Para discontinuar los textos responda "Stop" a cualquier mensaje recibido de nuestra parte. Usted también acepta recibir transmission pre grabada y/o auto llamadas telefonicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporcionoen esta forma de consentimiento.

Con mi firma autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba la visita inicial dental y las próximas visitas que sean requeridas según sus necesidades dentales. Yo puedo retirar mi consentimiento en cual quier momento por escrito a la dirección de abajo.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

**Para su privacidad
doble y asegure.**

Help A Child Smile Visítenos en: **hcs.ga.com** Preguntas: 855-481-8639 Fax: 888-330-4331

Georgia Dental Outreach, PC - GA License #DN012633
1816 Lakefield Ct. SE, Suite A, Conyers, GA 30013
© Georgia Dental Outreach, PC, 2026

Q 4/28/26



4143

GA-COMPR-026V1-LIB-PDF 00/00

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. KEEP FOR YOUR RECORDS.

OUR LEGAL DUTY

The privacy of your medical information is important to us. 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. We will notify you if your unsecured medical information is breached.

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 physician, school nurse/healthcare coordinator, 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 business operations such as reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals and evaluating practitioner and provider performance.

Your Authorization: Uses or disclosures not otherwise described in this Notice may be made only with your written authorization. In addition, we must obtain your written authorization to sell your medical information or to use or disclose your information for marketing goods or services to you where we are paid to make the communication. 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 and Persons Involved in Your Care: We may disclose your health information to a family member, friend or other person involved in your care to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare. We may also disclose your medical information to disaster relief organizations to help locate individuals during a disaster. We may also use or disclose your medical information to notify, or assist in the notification, of a family member, a personal representative or a person responsible for your care of your location, general condition or death. If you do not want us to disclose your medical information to family members or others in these circumstances, please notify our HIPAA Officer at 888-833-8441.

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

Public Safety: We may need to disclose medical information to law enforcement officials, such as in response to a search warrant or a grand jury subpoena, or to assist law enforcement officials in identifying or locating an individual, to report deaths that may have resulted from criminal conduct, and to report criminal conduct on our premises.

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.

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

Health Oversight Activities: We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure surveys. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, the outbreak of disease, government programs, compliance with civil rights laws and to improve patient outcomes.

Lawsuits and Disputes: We may disclose health information about you 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.

Other Uses and Disclosures. As permitted or required by law, we may use or disclose your medical information for research purposes; to organizations that handle and monitor organ donation and transplantation; for workers' compensation or similar programs to comply with laws related to workers' compensation or similar programs that provide benefits for work-related injuries or illness; for public health activities such as to prevent or control disease, injury or disability; to report reactions to medications or problems with products; to notify people of recalls of products they may be using; to notify a person who may have been exposed to, or is at risk for contracting or spreading a disease; to medical examiners to identify a deceased person or determine cause of death; or to funeral directors to carry out their duties.

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make a request in writing to obtain access to your health information and fax your request to the number at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of some disclosures we or our business associates have made of your health information. 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 restrict our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to your request except when disclosure would be to your health plan, you (or someone on your behalf other than your health plan) has paid in full for your health care, the disclosure relates to payment or health care operations, and the disclosure is not otherwise required by law. If we agree to the restriction, however, we will abide by that agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request in writing that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations specified in your written request.

Amendment: You have the right to request that we amend your health information. Your request must be in writing and 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 upon request.

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, 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 Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact Officer: HIPAA Officer

Phone: 888-833-8441

Fax: 888-330-4331

email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

Effective Date: November 1, 2022

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

LE SOLICITAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS.

NUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud.

Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela/coordinador de salud, u otro proveedor de salud que le esté preveyendo tratamiento.

Pagos: Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

Su Autorización: Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

A Su Familia y Amigos y Personas Involucradas en Su Cuidado: Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 888-833-8441.

Requerido por La Ley: podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

Seguridad Pública: Podemos dar información médica a oficiales de la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reporte de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal e informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

Abuso o Negligencia: Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionar recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

Demandas y Disputas: Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

Otros Usos y Revelaciones: Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que manejan y monitorear la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corre el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se enmienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso 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, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA

Teléfono: 888-833-8441

Fax: 888-330-4331

email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com

Fecha efectiva: 1 de Noviembre, 2022