



ВАЖНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ И СОГЛАСИЕ

Я понимаю и разрешаю профессиональной корпорации «Michael LaCorte Dentistry, PC» (поставщик услуг), ее аффилированным стоматологам и гигиенистам, а также экстернам факультета стоматологии Вашингтонского университета под руководством стоматолога предоставлять следующие стоматологические услуги вышеуказанному ребенку, в отношении которого я являюсь родителем с правом опеки или законным опекуном: стоматологический осмотр и обучение гигиене полости рта, чистка зубов, фторирование, рентген и применение стоматологических герметиков, а также применение диамин фторида серебра для лечения прогрессирующего кариеса. Я также разрешаю стоматологу пломбировать любые кариозные полости или устанавливать на зуб коронку, удалять все проблемные молочные зубы, проводить пульпотомию (лечение нерва молочного зуба), устанавливать фиксаторы пространства или проводить другие стоматологические процедуры по мере необходимости. Я понимаю, что стоматологическое лечение сопряжено с определенным риском, включая отек или боль, которые могут возникнуть в результате лечения или введения местного анестетика, или аллергическую реакцию. (Дополнительную информацию о рисках лечения и альтернативных вариантах лечения можно получить, позвонив по указанному телефону). Я понимаю, что часть стоматологического осмотра моего ребенка может быть проведена дистанционно и что клиническая информация (например, рентгеновские снимки) может быть собрана и отправлена в электронном виде на другой сайт для оценки стоматологом. Я даю свое согласие на предоставление услуг телестоматологии и понимаю, что, несмотря на соблюдение конфиденциальности, использование электронных средств третьих лиц для передачи информации может представлять дополнительные риски для конфиденциальности. Я понимаю, что имею право на доступ к медицинской информации, относящейся к услугам телестоматологии. Я разрешаю и поручаю Поставщику услуг выставлять счета и получать оплату от любой программы Medicaid, страховой компании или другого плательщика. Я разрешаю школе моего ребенка предоставлять Поставщику услуг и его агенту по выставлению счетов страховую информацию моего ребенка для выставления счета плательщику за услуги. Если у меня есть частный план стоматологического страхования, мне будет выставлен счет, и я согласен оплатить любые суммы франшизы и/или доплаты. Лечение у школьного стоматолога может повлиять на будущие льготы, которые ваш ребенок может получить по частному плану страхования, Medicaid или CHIP. Если я заранее не согласовал (-а) свое присутствие и не буду находиться в мое время обслуживания, услуги будут оказаны в мое отсутствие. Я согласен на рассылку текстовых сообщений Поставщиком услуг о школьной стоматологической программе. Я подтверждаю, что передача текстовых сообщений не является безопасной формой коммуникации и сопряжена с дополнительными рисками для конфиденциальности. (Плата за сообщения и/или данные может взиматься поставщиком услуг беспроводной связи; для прекращения рассылки, ответьте "STOP" на любое полученное от нас сообщение. Вы также согласны получить предварительно записанные и/или автоматически набранные телефонные звонки, касающиеся школьной стоматологической программы, на номера стационарных и/или мобильных телефонов, указанных в данной форме согласия). Я получил (-а) прилагаемое к данной форме Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации (NPP) и согласен (-сна) на предоставление данных из медицинской карты моего ребенка, включая записи, полученные от других поставщиков услуг, а также любой информации о ВИЧ/СПИДе, инфекционных заболеваниях, заболеваниях, передающихся половым путем, употреблении наркотиков и спиртного и анемии. Я разрешаю Поставщику услуг предоставлять такую информацию любому ответственному плательщику и/или поставщику административных услуг, а также их субподрядчикам для использования и раскрытия информации, связанной с лечением моего ребенка, оплаты услуг и целей функционирования системы здравоохранения. Настоящее подписанное согласие дает разрешение на первоначальное и последующие посещения стоматолога моим ребенком. Я могу в любое время отозвать данное согласие в письменной форме.

Диамин фторида серебра (SDF) - новый метод лечения кариеса

ПОЛЬЗА SDF: Кариозные полости часто встречаются у детей, но теперь у наших стоматологов есть безопасная и безболезненная альтернатива традиционным процедурам сверления полостей - диамин фторида серебра (SDF). SDF - это одобренная Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) жидкость-антибиотик, используемая для предотвращения образования, роста или распространения кариеса на другие зубы. Стоматолог просто наносит SDF кисточкой только на задние зубы.

Альтернативные методы

- Не лечить: Зуб может продолжать разрушаться и причинять боль.
- Другие варианты: фторсодержащий лак, пломба или коронка, удаление зуба.

Риски

- Лечение SDF, возможно, не избавит от необходимости проведения традиционного пломбирования.
- Это нормально, если SDF окрашивает кариозную полость зуба в коричневый или черный цвет - это означает, что он работает.
- Здоровые части зуба не окрашиваются.
- При контакте с кожей SDF может вызвать временное окрашивание. Пятно на коже безвредно и должно исчезнуть менее чем через неделю.
- SDF может вызывать временный металлический привкус.



Кариес



Применен диамин фторид серебра (SDF)



Вопросы? Позвоните одному из наших координаторов по телефону 855-481-8639.

СОХРАНИТЕ ДЛЯ СЕБЯ

MICHAEL LACORTE, DDS – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

Kelsey Eubank, DDS

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ
В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАЗГЛАШАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ. СОХРАНИТЕ ДЛЯ СЕБЯ

НАША ЗАКОННАЯ ОБЯЗАННОСТЬ

Конфиденциальность вашей медицинской информации важна для нас. В соответствии с действующим федеральным законодательством и законодательством штата мы обязаны соблюдать конфиденциальность вашей медицинской информации. Мы также обязаны предоставить вам это уведомление о нашем порядке использования конфиденциальной информации, наши юридические обязанности и ваши права в отношении вашей медицинской информации. В период действия настоящего уведомления мы должны следовать описанным в нем правилам соблюдения конфиденциальности. Мы уведомим вас в случае утечки вашей незащищенной медицинской информации.

Мы оставляем за собой право в любое время менять наш порядок использования конфиденциальной информации и условия настоящего уведомления, если такие изменения разрешены действующим законодательством. Мы оставляем за собой право вносить изменения в наш порядок использования конфиденциальной информации и новые условия нашего уведомления в отношении всей медицинской информации, которую мы храним, включая медицинскую информацию, созданную или полученную нами до вношения изменений. Прежде чем мы внесем существенные изменения в наш порядок использования конфиденциальной информации, мы изменим данное уведомление и предоставим новое уведомление по требованию.

Вы можете в любое время запросить копию нашего уведомления. Для получения дополнительной информации о нашем порядке использования конфиденциальной информации или дополнительных экземпляров настоящего уведомления, пожалуйста, обращайтесь к нам, используя контактные данные, указанные в конце настоящего уведомления.

ВИДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАЗГЛАШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Мы используем и разглашаем вашу медицинскую информацию для лечения, оплаты и осуществления деятельности в сфере здравоохранения. Например:

Лечение: Мы можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию врачу, школьной медсестре/координатору по медицинскому обслуживанию или другому медицинскому работнику, предоставляющему вам лечение.

Оплата: Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию для получения оплаты за предоставляемые вам услуги.

Осуществление деятельности в сфере здравоохранения: Мы можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию в связи с нашей коммерческой деятельностью, например, для проверки компетентности или квалификации медицинских работников и оценки работы врачей и поставщиков услуг.

Ваше разрешение: Использование или разглашение информации, не описанное в настоящем уведомлении, может осуществляться только с вашего письменного разрешения. Кроме того, мы должны получить ваше письменное разрешение на продажу вашей медицинской информации, а также на использование или разглашение вашей информации для маркетинга товаров или услуг, если нам платят за такую передачу данных. Если вы предоставили нам разрешение, вы можете в любое время отозвать его в письменном виде. Ваш отзыв не повлияет на использование или разглашение информации, дозволенное вашим разрешением, пока оно было в силе. Если вы не дадите нам письменного разрешения, мы не можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию по какому-либо причинам, кроме тех, которые описаны в настоящем уведомлении.

Вашим родным и близким, а также лицам, участвующим в вашем медицинском обслуживании: Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию члену семьи, другу или другому лицу, участвующему в вашем медицинском обслуживании, в объеме, необходимом для помощи в оказании вам услуг здравоохранения или в оплате оказанных вам услуг здравоохранения. Мы также можем разглашать вашу медицинскую информацию организациям, оказывающим помощь при стихийных бедствиях, для определения местонахождения людей во время бедствия. Мы также можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию для уведомления или действий в уведомлении члена семьи, лица, представляющего или лица, ответственного за ваше медицинское обслуживание, о вашем местонахождении, общем состоянии или смерти. Если вы не хотите, чтобы мы разглашали вашу медицинскую информацию члену семьи или другим лицам в таких обстоятельствах, пожалуйста, сообщите об этом нашему сотруднику по вопросам Закона о преимуществах и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) по телефону 888-833-8441.

Требуется по закону: Мы можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию, если это требуется по закону.

Общественная безопасность: Нам может потребоваться разглашать медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов, например, в ответ на ордер на обыск или повестку в суд присяжных, или для оказания содействия сотрудникам правоохранительных органов в идентификации или определении местонахождения человека, для сообщения о смерти, которая могла произойти в результате преступных действий, а также для сообщения о преступных действиях по местонахождению нашей компании.

Жесткое обращение или пренебрежение: Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию соответствующим органам, если мы обосновано полагаем, что вы являетесь возможной жертвой жестокого обращения, пренебрежения или жестокого насилия или возможной жертвой других преступлений. Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию в объеме, необходимом для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности, здоровью или безопасности других людей.

Напоминания о записи на прием: Мы можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию для предоставления вам напоминаний о записи на прием (например, в форме голосовых сообщений, открыток, писем, электронных писем или текстовых сообщений).

Деятельность по надзору в сфере здравоохранения: Мы можем разглашать медицинскую информацию органу по надзору в сфере здравоохранения для осуществления деятельности, разрешенной законом. К таким надзорным мероприятиям относятся, например, аудиты, расследования, инспекции и проверки с целью лицензирования. Эта деятельность необходима правительству для мониторинга системы здравоохранения, вспышек заболеваний, государственных программ, соблюдения законов о гражданских правах, а также для улучшения результатов лечения пациентов.

Судебные иски и споры: Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или административный приказ. Мы можем разглашать вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или административный приказ.

Другие виды использования и разглашения информации: Как разрешено или требуется по закону, мы можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию в исследовательских целях, организациям, которые занимаются донорством и трансплантацией органов и мониторингом в этой сфере; для компенсации работникам, получившим травмы на работе, или аналогичных программ в целях соблюдения законов, связанных с компенсацией работникам, получившим травмы на работе, или аналогичных программ, которые предоставляют выплаты в связи с производственными травмами или заболеваниями; для деятельности в области общественного здравоохранения, например, для предоставления и/или контроля заболеваний, травм или инвалидности; для сообщения о реакциях на лекарственные препараты или проблемах с продуктами; для уведомления лиц об отзыве продуктов, которые они могут использовать; для уведомления лиц, которые могли подвергнуться воздействию или риску заражения или распространения заболевания; для медицинских экспертов для идентификации умершего человека или установления причины смерти; или для директоров похоронных бюро для выполнения их обязанностей.

ПРАВА ПАЦИЕНТА

Доступ: Вы имеете право просматривать или получать копии своей медицинской информации, за некоторыми исключениями. Для получения доступа к вашей медицинской информации вы должны подать запрос в письменной форме и отправить его по факсу, номер которого указан в конце данного уведомления.

Учет объема разглашения информации: Вы имеете право получить список некоторых случаев разглашения вашей медицинской информации, осуществленного нами или нашими деловыми партнерами. Если вы запрашиваете такую отчетность более одного раза в течение 12 месяцев, мы можем взимать с вас разумную, основанную на затратах плату за ответ на такие дополнительные запросы.

Ограничения: Вы имеете право просматривать или получать копии своей медицинской информации, за некоторыми исключениями. Мы не обязаны удовлетворять ваш запрос, за исключением случаев, когда разглашение информации будет осуществляться вашему плану медицинского страхования, вы (или кто-либо от вашего имени, не являющийся вашим планом медицинского страхования) полностью оплатили медицинское обслуживание, разглашение информации связано с оплатой или деятельностью в сфере здравоохранения, и разглашение информации не требуется по закону. Однако если мы согласимся с этим ограничением, мы будем его соблюдать (за исключением неотложных случаев).

Альтернативные способы связи: Вы имеете право в письменной форме потребовать, чтобы мы общались с вами по поводу вашей медицинской информации альтернативными средствами или в других местах, указанных в вашем письменном запросе.

Внесение изменений: Вы имеете право потребовать внесения изменений в вашу медицинскую информацию. Ваш запрос должен быть оформлен в письменном виде и содержать объяснение причин, по которым информация должна быть изменена. При определенных обстоятельствах мы можем отклонить ваш запрос.

Электронное уведомление: Если вы получили данное уведомление на нашем веб-сайте или по электронной почте (e-mail), вы имеете право получить его в письменном виде по требованию.

ВОПРОСЫ И ЖАЛОБЫ

Если вы хотите получить дополнительную информацию о нашем порядке использования конфиденциальной информации, или у вас есть вопросы или опасения, пожалуйста, свяжитесь с нами. Если вы обеспокоены тем, что мы могли нарушить ваши права на конфиденциальность, вы можете обратиться к нам с жалобой, используя контактные данные, указанные в конце настоящего уведомления. Вы также можете подать письменную жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, направив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону 1-877-696-6775, или посетив сайт www.hhs.gov/oc/privacy/hipaa/complaints. Мы не будем принимать никаких ответных мер, если вы решите подать жалобу нам или в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США.

Контактный сотрудник: Сотрудник по вопросам закона HIPAA
Телефон: 888-833-8441
Факс: 888-330-4331

Адрес электронной почты: HIPAAOfficer@mobiledentists.com
Дата вступления в силу: 1 ноября 2022 г.