

DR. ALFRED J. PALETTI DDS



5510 Abrams Road, Suite 102, Dallas Texas 75214 214 691-2969

PF-2000 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.

Uses and Disclosures

Treatment

Your health information may be used by staff members or disclosed to other health care professionals for the purpose of evaluating your health, diagnosing medical conditions, and providing treatment. For example, results of laboratory tests and procedures will be available in your medical record to all health professionals who may provide treatment or who may be consulted by staff members.

Payment

Your health information may be used to seek payment from your health plan, from other sources of coverage such as an automobile insurer, or from credit card companies that you may use to pay for services. For example, your health plan may request and receive information on dates of service, the services provided, and the medical condition being treated.

Health care operations

Your health information may be used as necessary to support the day-to-day activities and management of [Name of Practice]. For example, information on the services you received may be used to support budgeting and financial reporting, and activities to evaluate and promote quality.

Law enforcement

Your health information may be disclosed to law enforcement agencies to support government audits and inspections, to facilitate law-enforcement investigations, and to comply with government mandated reporting.

Public health reporting

Your health information may be disclosed to public health agencies as required by law. For example, we are required to report certain communicable diseases to the state's public health department.

Other uses and disclosures require your authorization

Disclosure of your health information or its use for any purpose other than those listed above requires your specific written authorization. If you change your mind after authorizing a use or disclosure of your information you may submit a written revocation of the authorization. However, your decision to revoke the authorization will not affect or undo any use or disclosure of information that occurred before you notified us of your decision to revoke your authorization.

Additional Uses of Information

Appointment reminders

Your health information will be used by our staff to send you appointment reminders.

Complaints and Contact Person

The name and address of the person you can contact for further information concerning our privacy practices is:

The U. S. Department of Health & Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257 (877) 696-6775

Effective Date

This notice is effective on or after **October 16, 2003**

DR. ALFRED J. PALETTI DDS



5510 Abrams Road, Suite 102, Dallas Texas 75214 214 691-2969

PF2000 Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices

Dr. Paletti reserves the right to modify practices outlined in the notice.

Signature

I have received and read a copy of the **Notice of Privacy Practices** for **Dr. Paletti**.

Patient Name: _____

Patient Signature: _____

Date: _____

Signature of patient Representative

(Required if the patient is a minor or an adult who is unable to sign this form.)

Relationship of Patient Representative

DR. ALFRED J. PALETTI DDS



5510 Abrams Road, Suite 102, Dallas Texas 75214 214 691-2969

Сведения о состоянии здоровья

1. Имя, фамилия пациента (на Английском языке) _____

Дата рождения _____

2. Фамилия лечащего врача (на Английском языке) _____

Телефон _____

3. Дата последнего медицинского обследования _____

4. Лечитесь ли Вы в настоящее время? да нет

По какому поводу _____

5. Перечислите лекарства по рецептам _____

6. Перечислите витамины и пищевые добавки *не* назначенные врачом _____

7. Дата последнего стоматологического обследования _____ - _____ - _____

8. Причина сегодняшнего визита : Боль ? да нет

Другие проблемы? да нет _____

9. Аллергия к Пенициллину или другим лекарствам? да нет

10. Ваш доктор назначил антибиотик перед каждым визитом к стоматологу да нет

Укажите причину: Шумы или Порок сердца? да нет

Сведения о состоянии здоровья (продолжено)

Дефект сердечного клапана Или искусственный клапан? да нет

Другой искусственный сустав? да нет

11. Инфаркт да нет Операции на сердце да нет

Если ДА, поясните _____

12. Электрокардиостимулятор да нет

13. Повышенное давление да нет, укажите лекарства: _____

14. Инсульт да нет Если ДА, Дата: _____ Те же проблемы в семье ? да нет

15. Радиация да нет Если ДА, Дата: _____

16. Гепатит да нет Если ДА, Дата: Тип _____

17. Диабет да нет Если ДА, Укажите лекарства _____

18. Остеопороз да нет Если ДА, Укажите лекарства _____

19. Хирургические операции да нет Если ДА, назовите _____

20. СПИД или ВИЧ да нет Если ДА, Когда диагностировали' _____

21. Вы курите? да нет Если ДА, как долго _____

22. Есть ли У Вас расстройства верхних дыхательных путей? да нет

Если ДА, Укажите диагноз

23. Есть ли у Вас заболевания пищеварительного тракта? да нет Если ДА, укажите

диагноз _____

24. Вы беременны (или предполагаете беременность)? да нет

25 Другие медицинские проблемы: _____

Подпись пациента _____ Дата _____

DR. ALFRED J. PALETTI DDS



5510 Abrams Road, Suite 102, Dallas Texas 75214 214 691-2969

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ (Пожалуйста напечатайте в английском)

Имя: _____

Адрес улицы: _____

Город: _____ Семейное положение: _____

Зип-код: _____ Домашний телефон: _____

Мобильный: _____ Телефон работы : _____

Пол: М Ж

Дата рождения: _____ Занятие: _____

Кому позвонить в непредвиденной ситуации : _____

Телефон _____

Наименование Страховой компании _____

Адрес: _____

_____ Телефон: _____

Имя владельца страховки _____ Место работы _____

ID #: _____ Группа #: _____

Я, _____, этим документом подтверждаю, что я разрешаю Доктору Палетти обрабатывать все данные по моей стоматологической страховке. Также разрешаю все оплаты направлять в клинику доктора Палетти. Все данные этой формы соответствуют действительности на сегодняшний день. Я понимаю, что я являюсь финансово ответственным лицом за услуги, не оплачиваемые моей страховой компанией и обязуюсь вносить оплату немедленно по получению счета.

Подпись _____ Дата _____