

# Formulario de autorización e información del paciente

## Información general

### Información del paciente

Nombre legal (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Escuela a la que va \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Raza

 Blanco  Asiático  Otra  
 Negro o afroamericano  
 Indio americano o nativo de Alaska  
 Hawaiano o de otras islas del Pacífico  
 Hispano o Latino  Ni Hispano ni Latino

### Información del padre/madre/tutor

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección (postal) de la casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

 Marque aquí si no quiere recibir mensajes de texto.

### Información de contacto en caso de emergencia

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Historia dental

Las visitas al dentista deben empezar con el primer diente.

Sí  No ¿Es esta la primera visita al dentista del paciente?  
Si no, ¿cuánto tiempo paso desde la última visita?  
 Menos de 2 años  Más de 2 años

Nombre del dentista anterior o del actual \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente tiene dolor de dientes/dolor en la boca/hinchazón en la cara?

Sí  No ¿El paciente fue a la sala de emergencias/hospital por dolor en los dientes en el último año?

Sí  No ¿El dolor en los dientes hizo que usted o su hijo faltaran a la escuela o al trabajo en el último año?  
 Escuela  Trabajo  Ambos

## Historia médica

Médico actual del paciente \_\_\_\_\_

Fecha del último examen médico (mm/aa) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente toma algún medicamento?

Si la respuesta es sí, lístelos \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente tiene alergias?

Si la respuesta es sí, lístelas \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El paciente tiene alguna necesidad especial que exija adaptación especial para la atención dental? p ej.: autismo

Si la respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada la paciente?

¿Tiene el paciente, o tuvo, historia de lo siguiente?:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD                   | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH               | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado     |
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Mononucleosis             |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad               | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo      | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática          |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Desmayos               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón  | <input type="checkbox"/> Otra                      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis              |  |

Explique sus respuestas: \_\_\_\_\_

Sigue en la parte de atrás.



# Formulario de autorización e información del paciente

## Comportamiento del paciente:

- Sí  No ¿El paciente se cepilla todos los días?
- Sí  No ¿El paciente toma gaseosas u otras bebidas con azúcar (Kool-Aid, bebidas de fruta, bebidas deportivas) todos los días?
- Sí  No ¿El paciente usa tabaco o productos de vapeo?
- Sí  No ¿Alguien en el grupo familiar usa tabaco o productos de vapeo?

## Información del grupo familiar

Ingreso anual del grupo familiar

- Menos de \$10,000     \$10,000-20,000  
 \$20,000-30,000     Más de \$30,000

¿Cuántas personas de 21 años o menores hay en su grupo familiar?

---

## Seguro

Marque todas las opciones que correspondan.

- Sin seguro dental  
 Medicaid  
Número de Medicaid \_\_\_\_\_

- Seguro DENTAL privado (dé una copia de la tarjeta)

Nombre del seguro dental

Número de póliza

Número del grupo

Dirección del seguro dental

Teléfono del seguro (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del empleador

**IMPORTANTE: Autorización para dar tratamiento**

No podemos atender a su hijo si el formulario no está firmado.

Yo, \_\_\_\_\_, como tutor responsable legal de \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal

Nombre en letra de molde del hijo

doy permiso para los servicios dentales que autorizo abajo. Tenga en cuenta que los servicios de higiene dental preventiva por sí solos, que se prestan fuera de un consultorio dental habitual, no deben reemplazar los exámenes regulares por un dentista. Me ofrecieron o leí el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA de Delta Dental disponible en [southdakota.deltadental.com/privacy-and-policies/notice-of-privacy-practices/](http://southdakota.deltadental.com/privacy-and-policies/notice-of-privacy-practices/).

### Cada punto debe responderse para recibir atención dental.

- Sí  No Servicios preventivos: chequeos hechos por un higienista, limpieza de dientes, instrucciones de higiene bucal, selladores, tratamiento con flúor.
- Sí  No Examen dental (incluyendo radiografías dentales)
- Sí  No Servicios restaurativos: rellenos, coronas de acero inoxidable, pulpotomía. Se puede usar anestesia local para estos procedimientos.
- Sí  No Fluoruro diamino de plata (el área cariada del diente se teñirá de negro de forma permanente. Para obtener más información sobre este tratamiento, consulte el adjunto)
- Sí  No Extracciones: extracción de los dientes primarios (leche) o permanentes que no se puedan restaurar con otros tratamientos. Se puede usar anestesia local para estos procedimientos.
- Sí  No Puede usarse óxido nitroso (gas de la risa) según se considere necesario.



Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

V1021

Complete la parte de delante también.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE FLUORURO DIAMINO DE PLATA

El fluoruro diamino de plata (SDF) es un medicamento líquido que se aplica a la caries activa para detener su crecimiento y matar las bacterias. Aunque la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) autorizó el uso del SDF para tratar la sensibilidad dental, nosotros lo usamos para detener la caries.

### Beneficios del SDF:

- El SDF puede ayudar a frenar la caries.
- El SDF puede posponer la necesidad de hacer un tratamiento dental tradicional (empastes, coronas, etc.) y retrasar o tal vez eliminar la necesidad de usar sedación o anestesia general para completar el tratamiento dental.

### Estos son algunos de los riesgos relacionados con el SDF:

- No se debe tratar a un paciente con SDF si:
  - **Es alérgico a la plata.**
  - Tiene llagas dolorosas o zonas en carne viva en las encías o en cualquier parte de la boca.
- **El área del diente con caries se teñirá de negro de forma permanente.** La estructura dental sana no se manchará.
- El SDF puede decolorar los empastes y las coronas del color de los dientes.
- Si el SDF entra en contacto con las encías o la piel, puede producirse una mancha marrón o blanca. Este cambio de color es inofensivo, pero no se puede quitar. La decoloración desaparecerá en 1 a 3 semanas.
- Si no la detiene, la caries avanzará. En ese caso, será necesario hacer otro tratamiento, como una nueva aplicación de SDF, un empaste o una corona, una endodoncia o una extracción.



Antes, después de 24 horas y después de 7 días de tratamiento con SDF (UCSF Dental Center)

### Estas son algunas de las alternativas al SDF:

- No hacer ningún tratamiento. Si no se hace ningún tratamiento, la caries no tratada seguirá dañando la estructura dental, lo que puede provocar dolor, infección o pérdida de dientes.
- Empastes, coronas, extracciones o remisiones a atención especializada que puede incluir anestesia general.

Aunque el SDF puede detener la caries, no restaurará la estructura dental dañada. Es posible que todavía sea necesario hacer una restauración de los dientes (empastes, coronas, etc.).

# Required Nondiscrimination and Accessibility Statement\*



## Discrimination is Against the Law

Delta Dental of South Dakota complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Delta Dental of South Dakota does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Delta Dental of South Dakota:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters;
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters;
  - Information written in other languages.

If you need these services, call 1-877-841-1478.

If you believe Delta Dental of South Dakota has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Delta Dental of South Dakota, Compliance Manager, 720 N. Euclid Ave., Pierre, SD 57501, phone: 1-800-627-3961, [compliance@deltadentalsd.com](mailto:compliance@deltadentalsd.com), fax: 1-605-224-0909, TTY: 1-888-781-4262. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Compliance Manager is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262)。

တံသျှတ်သ်း- နမာ်ကတိံ ကညံ ကျိအယ်၊ နမာ် ကျိအတံမတါလါ တလါဘျုးလါစု၊ နိတံဘျုးသျုးလါ. ကိ 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-874-9426)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-877-841-1478 (टिचिवाइ: 1-888-781-4262) ।

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-841-1478 (TTY- Telefon za osobu sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-888-781-4262).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-877-841-1478 (መስማት ለተሳናቸው: 1-888-781-4262)።

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-841-1478 (телетайп: 1-888-781-4262).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-841-1478 (телетайп: 1-888-781-4262).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-841-1478 (ATS : 1-888-781-4262).

\* Under Section 1557 of the Affordable Care Act (ACA), Delta Dental of South Dakota is required to post notices of nondiscrimination and taglines that alert individuals with limited English proficiency (LEP) to the availability of language assistance services.

# Aviso de prácticas de privacidad de la ley HIPAA

## Su información. Sus derechos. Nuestras obligaciones.

**Este aviso describe cómo su información médica podrá utilizarse y revelarse y cómo usted podrá acceder a esa información.**

**Revise este aviso con detenimiento.**

## Sus derechos.

### Usted tiene derecho a:

- conseguir una copia de sus registros dentales y de reclamos;
- corregir sus registros dentales y de reclamos;
- solicitar una comunicación confidencial;
- pedirnos limitar la información que compartimos;
- conseguir una lista de personas con quienes hayamos compartido su información;
- conseguir una copia de este aviso de privacidad;
- elegir a una persona que actúe en su nombre;
- presentar una queja si considera que se han violado sus derechos.

Consulte la [página 2](#) para obtener más información.

## Nuestros usos y revelaciones

### Es posible que usemos y compartamos su información mientras:

- ayudamos a administrar el tratamiento dental que recibe y lo tratamos;
  - administramos nuestra compañía;
  - pagamos su servicios dentales;
  - administramos su plan dental;
  - ayudamos con cuestiones de seguridad y salud pública;
  - hacemos investigaciones;
  - cumplimos las leyes;
  - trabajamos con un médico forense o un director de una compañía funeraria;
  - nos ocupamos de la indemnización laboral, la aplicación de leyes y demás solicitudes del gobierno;
  - damos respuesta en juicios y demandas.
- [Consulte la página 3](#) para obtener más información.

## Sus elecciones

### Usted tiene algunas opciones en relación a la manera en que usamos y compartimos información mientras:

- contestamos preguntas sobre la cobertura de sus familiares y amigos;
- compartimos información con familiares, amigos y otras personas que participan en su atención y el pago de esa atención;
- ofrecemos asistencia ante una situación de desastre;
- comercializamos nuestros servicios.

Consulte la [página 4](#) para obtener más información.

# Sus derechos.



**Con relación a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades que tenemos para ayudarlo.**

## **Conseguir una copia de sus registros dentales y de reclamos**

- Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros dentales y de reclamos, generalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podremos cobrar una tarifa razonable según los costos.
- Usted puede pedir ver o conseguir una copia de sus registros dentales y de reclamos, así como del resto de la información que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.

## **Pedir que corrijamos sus registros dentales y de reclamos**

- Usted puede pedir que corrijamos sus registros dentales y de reclamos si considera que no son correctos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Es posible que no aceptemos su pedido, pero le informaremos el motivo del rechazo por escrito en un plazo de 60 días.

## **Solicitar una comunicación confidencial**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o del trabajo) o que le enviemos el correo a otra dirección.
- Consideraremos todos los pedidos razonables.

## **Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Usted puede pedirnos que no usemos ni tampoco compartamos determinada información sobre el tratamiento, el pago o sobre nuestras operaciones.
- No tenemos la obligación de aceptar su pedido y es posible que lo rechacemos si eso afectara su atención.

## **Conseguir una lista de personas con quienes hayamos compartido su información**

- Usted puede pedirnos una lista (un recuento) de las veces que compartimos su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que hace el pedido, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todo lo que compartimos, excepto lo que se haya compartido sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica y demás revelaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido hacer).

## **Conseguir una copia de este aviso de privacidad**

- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le entregaremos una copia impresa de inmediato.

## **Elegir a una persona que actúe en su nombre**

- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que nosotros tomemos medidas.
- Si usted le ha dado a una persona un poder legal para asuntos médicos o si una persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos o tomar decisiones sobre su información médica.

## **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros; utilice la información que está al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

Llame al: 1-877-696-6775

Envíe una carta a:

200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201

# Nuestros usos y revelaciones



## En general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

### Podemos ayudar a administrar el tratamiento dental que recibe.

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo estén tratando.

*Por ejemplo:* en nuestros camiones de atención dental móvil, usamos su información para prestar atención dental de alta calidad. También podemos compartir su información con otros dentistas a los que lo remitamos para que consulte.

### Podemos administrar nuestra organización.

Podemos usar y revelar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Por ejemplo:*

- Usamos su información médica para crear mejores servicios para usted. En ciertas situaciones, hacemos esto pidiéndole que participe en una encuesta.
- Usamos su información médica para administrar su tratamiento y sus servicios.

### Podemos pagar (o facturar) su servicios dentales.

Podemos usar y revelar su información médica dado que pagamos sus servicios dentales.

*Por ejemplo:* Podremos utilizar su información para facturarle a usted o al patrocinador de su plan y para coordinar los pagos de los trabajos dentales que le hagan en caso de que tenga más de un seguro.

### Podemos administrar su plan.

Podremos revelar su información al patrocinador de su plan dental con fines de administración del plan.

*Por ejemplo:* Su compañía nos contrata para ofrecerle un plan dental y le enviamos a su compañía ciertas estadísticas en donde explicamos las primas que cobramos.

## Tenemos el permiso o la obligación de compartir su información de otras formas, en general en formas en que se pueda hacer un aporte al bien público, como la investigación y la salud pública.

Debemos cumplir varias condiciones legales antes de que podamos compartir su información con estos fines. Para obtener más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Ayudamos con cuestiones de seguridad y salud pública.

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, tales como:

- prevenir enfermedades;
- ayudar a retirar productos del mercado;
- denunciar sospechas de abuso, conducta negligente o violencia doméstica;
- prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona.

### Hacemos investigaciones.

Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.

### Cumplimos las leyes.

Compartiremos su información en caso de que las leyes federales o estatales lo exijan, lo que incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si es que este quiere saber si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### Respondemos a las solicitudes y trabajamos con un médico forense o un director de una compañía funeraria.

- Podemos compartir información con un médico examinador, un forense o un director de una compañía funeraria cuando fallece una persona.

### Nos ocupamos de la indemnización laboral, la aplicación de leyes y otras exigencias del gobierno.

Podemos usar o compartir su información médica:

- para hacer reclamos de indemnización laboral;
- con fines de aplicación de la ley o con un representante de las fuerzas del orden;
- con agencias de control médico para las actividades autorizadas por la ley;
- para funciones especiales del gobierno, como el servicio militar, la seguridad nacional o los servicios de protección de presidencia.

### Damos respuesta en juicios y demandas.

Podemos compartir su información médica para dar repuesta ante una sentencia judicial o administrativa o en respuesta a una citación judicial.

# Sus opciones

Usted puede informarnos de sus elecciones sobre lo que debemos compartir con respecto a determinada información.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartir su información en las situaciones que se describen abajo, hable con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:**

Compartamos información con familiares, amigos cercanos u otras personas que participen de su atención y el pago de esa atención.

Compartamos información ante una situación de ayuda ante un desastre.

Si no puede decirnos sus preferencias, podemos adelantarnos y compartir su información si consideramos que eso es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar una amenaza inminente o grave a su salud o seguridad.

**En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que usted nos dé su permiso por escrito:**

- fines de marketing;
- venta de su información.

**Este aviso se aplica a:**

Delta Dental of South Dakota y la atención dental que presta Delta Dental of South Dakota's Foundation.

**Contacto para hacer preguntas o presentar quejas**

Si tiene preguntas, preocupaciones o quiere más información, contáctenos.

# Nuestras obligaciones

**Tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.**

- Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que pudiera haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad detalladas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la detallada en este documento, a menos que usted nos diga que podemos usarla por escrito mediante un formulario de autorización disponible en nuestro sitio web o comunicándose con nosotros para solicitar el formulario. Si nos informa de que podemos revelar la información, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si llega a cambiar de opinión.
- Para recibir una copia impresa de este aviso, comuníquese con el Encargado de privacidad de Delta Dental. Encontrará abajo la información de contacto.
- Para obtener más información sobre su información médica protegida, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y tales cambios se aplicarán a toda la información que tengamos de su persona. Publicaremos en nuestro sitio web una copia del aviso actual.



compliance@deltadentalsd.com



877-841-1478



Delta Dental of South Dakota Privacy Officer  
720 N. Euclid Ave.  
Pierre, SD 57501