Arizona Department of Health Services

Arizona School-based Sealant Program

2nd & 6th Graders

Parents,
Give them a reason to smile...
Dental Sealants provided FREE at your child's school!

The Arizona School-based Sealant Program is a public health service provided by the Arizona Department of Health Services, Office of Oral Health in partnership with:

Pima County Health Department, Oral Health Program
724-7902

What are dental sealants?

- Sealants are tooth-colored coatings that fill in the grooves of back teeth.
- Most tooth decay in children occurs on these teeth.
- Sealants keep out food and germs that cause cavities.

How are sealants placed on the back teeth?

- Teeth that need sealants are cleaned with a toothbrush.
- The sealant is painted on the tooth and quickly hardens.
- Placing sealants is painless and takes only a few minutes.

How does this program work?

- All services are provided at no cost to you at your child's school.
- 2nd and 6th grade students with a signed consent form may receive a dental screening.
- Children without dental insurance or who have AHCCCS insurance are eligible for sealants.
- All information about your child is kept confidential.

Help keep your child's teeth healthy!

- If you have any questions, please contact your local provider at the number listed above.

Before Sealant:
food and bacteria become trapped in grooves and pits

After Sealant:
grooves and pits are sealed and protected from food and bacteria

2 Easy steps to get started:

1. Fill out and sign the attached consent form.
2. Have your child return the form to his/her teacher ***RIGHT AWAY!***

Arizona Department of Health Services · Bureau of Women's and Children's Health
Office of Oral Health · 150 North 18th Avenue Room 320 · Phoenix, AZ 85007
http://www.azdhs.gov/cfhs/ooh/sealant.htm

2-OH-061 (REV. 7/11)

Arizona Department of Health Services

Programa Escolar de Selladores de Arizona

Padres,

2do y 6to Grado

Dénles una razón para sonreír... ¡Los selladores dentales se ofrecen de forma GRATUITA en la escuela de su hijo!

El Programa Escolar de Selladores Dentales de Arizona es un servicio de salud pública ofrecido por la Oficina de Salud Bucal del Departamento de Servicios de Salud de Arizona en colaboración con:

¿Qué son los selladores Dentales?

- Los selladores dentales son cubiertas del color de los dientes, que rellenan las ranuras de las muelas.
- La mayoría de las caries en niños ocurren en estos dientes.
- Los selladores no dejan pasar las comidas y gérmenes que causan estas caries.

¿Cómo se ponen los selladores dentales en las muelas?

- Las muelas que necesitan selladores se limpiarán con un cepillo.
- El sellador se aplicará como pintura en el diente y se endurecerá rápidamente.
- Colocar los selladores no causa dolor y sólo se toma unos minutos.

¿Cómo funciona el programa?

- Todos los servicios se proporcionan sin costo para usted en la escuela de su hijo.
- Todos los alumnos de 2do y 6to grado que tengan su permiso firmado podrían recibir un examen dental.
- Los niños sin seguro dental o que tienen AHCCCS son elegibles para los selladores.
- Toda la información sobre su hijo se mantendrá confidencial.

¡Ayude a mantener saludable los dientes de su niño(a)!

- Si tiene preguntas, por favor llame a su proveedor local al número que aparece arriba.

Antes del Sellador:
la comida y las bacterias quedan atrapadas en las ranuras y hoyos

Después del Sellador:
las ranuras y hoyos se sellan y se protegen de la comida y las bacterias

2 PASOS FÁCILES PARA EMPEZAR:

1. Llene y firme la forma de consentimiento adjunta.
2. Pida a su hijo que devuelva la forma a su maestro(a) ***¡DE INMEDIATO!***

Departamento de Servicios de Salud de Arizona · Oficina de Salud Oral de la División de Salud de Mujeres y Niños
150 North 18th Avenue Room 320 · Phoenix, AZ 85007
http://www.azdhs.gov/cfhs/ooh/sealant.htm

ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Arizona School-based Sealant Program

CONSENT FORM

Office of Oral Health • Bureau of Women's and Children's Health • 150 North 18th Avenue Suite 320
Phoenix, AZ 85007 • http://www.azdhs.gov/cfhs/ooh/sealant.htm

This program is provided at NO COST TO YOU!

2 Easy steps to get started:

1. Complete the form and sign next to the ✓ at the bottom.
2. Have your child return this form to his/her teacher ***RIGHT AWAY!***

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
First Middle Last Month/Day/Year

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Phone Number: ( ) _____ Gender: ❑ Male ❑ Female

Teachers Name: _____ Grade: _____

This child has (check all that apply):

❑ AHCCCS/Medicaid ❑ KidsCare
AHCCCS or KidsCare # if known:
_____

❑ Indian Health Service (IHS)
❑ Other Dental Insurance: (Name) _____
❑ No Dental Insurance

CHECK THE BEST ANSWER:

❶ Does this child have any of the following? *(Check all that apply)*

No	Yes	
❑	❑	Epilepsy
❑	❑	Allergies: (list) _____
❑	❑	Diabetes
❑	❑	Bleeding problems, blood transfusions
❑	❑	Other health problem(s): _____

❷ Is this child currently taking any medicine? *(Check only one)*

❑ (0) No
❑ (1) Yes (list/explain):
_____

❸ Has a doctor or nurse ever told you that your child has asthma?

❑ (0) No
❑ (1) Yes *(If yes, please answer the next question.)*

❹ Does your child currently have asthma symptoms?

❑ (0) No
❑ (1) Yes

Optional Information: The following questions will help in developing programs for children with the most need.

❺ What is this child's race?

❑ (1) Asian
❑ (2) Black/African American
❑ (3) Native American/Alaskan Native
❑ (4) Pacific Islander/Native Hawaiian
❑ (5) White
❑ (6) Two or more races
❑ (7) Other
❑ (8) Don't know/unsure

Is this child Hispanic?

❑ (0) No ❑ (1) Yes ❑ (2) Don't know/unsure

❻ When was this child's last dental visit? *(Check only one)*

❑ (1) Within the past year
❑ (2) 1-3 years ago
❑ (3) More than 3 years ago
❑ (4) Don't know
❑ (5) Never

PLEASE RETURN THIS FORM TO YOUR CHILD'S TEACHER - THANK YOU.

Yes, I give consent to the Arizona Department of Health Services and its partners to provide dental screenings and sealants for this child. This consent remains in effect for up to two years from the date signed and allows dental information to be shared with my child's school, AHCCCS plan or dentist to assist with obtaining needed dental care, unless withdrawn in writing by a parent or guardian. I have received the Pima County Health Department Notice of Privacy Practice.

✓ Sign Here: _____ *(Signature of parent/guardian)* Date _____

Program Use Only / Medical History Reviewed

Screening Provider Signature: _____ Date: _____

Tx Provider Signature: _____ Date: _____

School: _____

School ID#: _____

Record #: _____

Verified ID #: _____

Rate Code: _____

Change: ❑ Yes ❑ No

ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Programa Escolar de Selladores de Arizona

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Departamento de Servicios de Salud de Arizona
Oficina de Salud Oral de la División de Salud de Mujeres y Niños
150 North 18th Avenue Suite 320 Phoenix, AZ 85007 • http://www.azdhs.gov/cfhs/ooh/sealant.htm

Este programa se ofrece ¡SIN COSTO PARA USTED!

2 Pasos sencillos para empezar:

1. Llene esta forma y firme enseguida de ✓abajo.
2. Pida a su hijo que devuelva la forma a su maestro(a) ***¡DE INMEDIATO!***

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre Apellido Mes/Día/Año

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: ( ) _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino

Maestro/a del niño/a: _____ Grado: _____

Mi niño/niña tiene (Marque todo lo aplicable):

❑ AHCCCS/Medicaid ❑ KidsCare
AHCCCS o KidsCare # si lo sabe:
_____

❑ Indian Health Service (IHS)
❑ Otro seguro dental: (Nombre) _____
❑ No Tiene seguro dental

MARQUE LA MEJOR RESPUESTA:

❶ ¿Tiene este niño/a lo siguiente? *(Marque todo lo aplicable)*

No Si
❑ ❑ Epilepsia
❑ ❑ Alergias: (enlístelas) _____
❑ ❑ Diabetes
❑ ❑ Problemas de sangrado, transfusión de sangre
❑ ❑ Otros problemas de salud: _____

❷ ¿Está tomando medicina este niño/a? *(Marque sólo uno)*

❑ (0) No
❑ (1) Sí (Si es así por favor explique):
_____

❸ ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o enfermera que su hijo tiene asma?

❑ (0) No
❑ (1) Sí *(Marque uno y si es así, por favor conteste la siguiente regunta.)*

❹ ¿Actualmente tiene su hijo síntomas de asma?

❑ (0) No
❑ (1) Sí

Información Opcional: Las siguientes preguntas ayudarán a desarrollar programas para los niños más necesitados.

❺ ¿De qué raza es el niño?

❑ (1) Asiática
❑ (2) Negra
❑ (3) Indígena Americano
❑ (4) de las islas del Pacífico/Hawaiano
❑ (5) Blanca
❑ (6) Dos o más razas
❑ (7) Otra
❑ (8) No sé/inseguro

¿Es hispano este niño?

❑ (0) No ❑ (1) Sí ❑ (2) No sé/inseguro

❻ Cuando fue la última visita dental de este/a niño/a?

(Marque sólo uno)

❑ (1) hace menos de uno año
❑ (2) hace 1 -3 años
❑ (3) hace más de 3 años
❑ (4) No sé
❑ (5) Nunca

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL MAESTRO DE SU HIJO - GRACIAS.

Sí, doy mi consentimiento al Departamento de Servicios de Salud de Arizona y a sus asociados para que hagan exámenes dentales y apliquen selladores para niños. Este consentimiento permanecerá efectivo hasta por 2 años desde la fecha en que se firma y permite que la información dental sea compartida con la escuela de mi hijo, el plan AHCCCS o dentistas para ayudar con la obtención necesaria del cuidado dental, a menos que sea expresado por escrito por uno de sus padres o el tutor. He recibido la Notificación de Practica Privada del Condado Pima.

✓ Firme aquí: _____ *(Firma del padre / tutor)* Fecha _____

Sólo para uso del programa / Medical History Reviewed

Screening Provider Signature: _____ Date: _____

Tx Provider Signature: _____ Date: _____

School: _____

School ID#: _____

Record #: _____

Verified ID #: _____

Rate Code: _____

Change: ❑ Yes ❑ No

Pima County Health Department

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.

This Notice describes the privacy practices of the Pima County Health Department (PCHD). This includes but is not limited to: Family Planning, Well Child, Dental Clinic, TB Clinic, STD Clinic, Well Woman HealthCheck, HIV Counseling & Testing, International Travel, Communicable Disease, Nutrition Services, Colposcopy Services, Immunization, Laboratory and X-Ray.

OUR OBLIGATIONS

Pima County Health Department is required by law to safeguard the privacy of your personal health information (PHI). This Notice will tell you how we may use or disclose your PHI. We are required by law to give you this Notice, and to follow the terms of the Notice that is currently in effect. We reserve the right to change the terms of this Notice and to make any new provisions effective to all of the PHI that we maintain about you. If we change this Notice, we will post the revised Notice on our website.

EXAMPLES OF INFORMATION WE COLLECT AND MAINTAIN

We receive several kinds of PHI from a variety of sources, including (but not limited to):

- We obtain information directly from you, in conversations and from forms that you complete and submit, and from other correspondence and documents you provide to us.
- We obtain information as a result of our payment and enrollment activities that we perform for you or for services rendered to you.
- We obtain information about your health care from providers involved in your health care.
- We obtain information from other entities, such as health care providers or other insurance companies, in order to perform health plan functions or carry out other insurance-related needs.

USES OR DISCLOSURES OF PHI

Uses and disclosures that may be made without your authorization:
The law permits us to use or disclose some of your PHI without your permission for treatment, payment, and health care operations, and under other circumstances permitted by law and/or described in the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) regulations. We may disclose information to subcontractors who are "business associates." In addition:

Treatment:
We may use or disclosure your PHI to health care providers to enable them to provide you with treatment or services. For example, we may disclose to a treating orthodontist the name of your treating dentist so that the orthodontist can request dental X-rays from your dentist.

Payment:
We may use or disclose your PHI to carry out payment activities (such as billing, claims management, coordination of benefits, medical necessity review, subrogation, utilization review, and so on). For example, we may send information about any medical procedures to your insurance provider for billing purposes.

Operations:
We may use or disclose your PHI to carry out plan operations, such as underwriting, premium rating and other insurance activities, disease management, medical review, legal services and auditing, and general administrative activities. For example, we may review the competence or qualifications of health care professionals and conduct quality assessment activities.

We may also place contracts for stop-loss insurance, claims and plan administration, or other services. We may disclose PHI to the health plan sponsor under limited circumstances.

Treatment Alternatives:
We may use your PHI to tell you about other services that may be of interest to you.

In Situations Permitted or Required by Law:
We may use or disclose your PHI for other purposes, such as:

- As authorized by and to the extent necessary to comply with workers' compensation or other no-fault laws
- To a health oversight agency for activities including audits or civil, criminal or administrative hearings
- To a public health authority for purposes of public health activities (such as to the Food and Drug Administration to report consumer product defects)
- To a law enforcement official for law enforcement purposes or in response to a court order or in the course of any judicial or administrative proceedings
- To organ procurement organizations, or to other entities for approved research purposes
- To a government authority, such as a social service or protective services agency, authorized to receive reports of abuse, neglect or domestic violence.

Uses or Disclosures to Which You May Object:
You may object or restrict disclosures for the following purposes. If you do not exercise your right to object to the uses and disclosures described below, we may use and disclose your PHI for these purposes:

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care:
We may disclose health information to your family or other persons who are involved in your health care or payment for your health care.

Office Directories:
We may use limited information about you to maintain an office directory for notification in emergency situations, for example.

Uses or Disclosures that Require Authorization:
Uses and disclosures not addressed above may only be with your written authorization. You have the right to revoke an authorization. Revocation must be in writing and addressed to the Privacy Official at the address provided in this Notice. If you revoke an authorization, it will stop future uses and disclosures of the information described in the authorization for that purpose, except to the extent that we have already acted in reliance on your authorization.

YOUR RIGHTS

Right to Request Restrictions on How We Use and Disclose Information:
You have the right to request us to restrict how we use and disclose your PHI. We are not obligated to agree to honor all requests, but we must honor your reasonable requests.

Access to Records:
You have the right to access, inspect and copy your PHI in our files. Requests to access or amend your PHI should be sent to the contact person and address listed in this Notice. You may be charged a fee for copying your records. If you authorize us to prepare a summary of your record, you may be charged a fee for that service.

Right to Request Amendment: You have the right to request that we amend PHI that we have in your file. Your request must be in writing and sent to the contact person and address listed in this Notice. We may deny your request in certain circumstances.

Right to an Accounting:
You have the right to request a list of disclosures of your PHI that were made by us for a period of six years prior to the date of the request, except that we are not required to tell you of disclosures made prior to April 14, 2003. This list will not include disclosures made for treatment, payment or health plan operations purposes, or disclosures made to you or your family, or disclosures made at your request. If you request more than one list of disclosures in a 12-month period, we may charge you a fee.

Right to Confidential Communications:
You have the right to receive communications from us in a certain way, or to a certain place. For example, you may request that we contact you at a particular telephone number or address. We will accommodate your reasonable requests.

Right to Copy of This Notice:
You have the right to receive a paper copy of this Notice at any time.

Complaints:
You have the right to file a complaint if you do not agree with how we have used or disclosed information about you. You may also file written complaints with the Secretary of the Department of Health and Human Services in Washington, D.C. We will not retaliate against you if you file a complaint with us or with the Secretary. You may file a complaint with the Privacy Official at this address:

Pima County Health Department
Privacy Inquiries

3950 S. Country Club Road
Tucson, Arizona 85714
(520) 243-7911

Pima County Privacy Officer:

(520) 724-8445

EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE

This Notice is effective April 14, 2003. We reserve the right to change this Notice. Any changes will apply to all PHI that we may already have. We will post revised Notices on our website.

Revised September 2013

DEPARTAMENTO DE SALUD
DEL CONDADO PIMA

AVISO SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA PRACTICA MÉDICA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso describe la práctica de confidencialidad de los reportes de salud en todas las Divisiones y Programas del Departamento de Salud del Condado Pima (PCHD), incluyendo, pero no limitado a: Programa de Planificación Familiar; Clínica del Niño Sano; Clínica Dental; Clínica de Tuberculosis; Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual; Clínica de la Mujer Sana; Apoyo y Diagnóstico del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida; Clínica de Viajes Internacionales; División de Enfermedades Transmisibles; Programa de Servicios de Nutrición; Programa de Servicios de Colposcopía; Programa de Inmunizaciones; Laboratorio y Rayos X.

Este aviso está disponible en otros idiomas.

NUESTRA RESPONSABILIDAD

La ley requiere que el Departamento de Salud del Condado Pima mantenga la confidencialidad de su información de salud. Este aviso le informará acerca de cómo utilizamos o divulgamos su información de salud. Estamos obligados por la ley en darle este aviso. Se nos ha requerido seguir los términos de este aviso, actualmente en práctica.

CÓMO UTILIZAMOS O DIVULGAMOS INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN

Tratamiento Médico: Podríamos utilizar o divulgar su información médica para proveerle de tratamientos o servicios médicos. Por ejemplo, su información puede ser compartida con nuestros médicos, enfermeras, ayudantes, dentistas, y otro personal de asistencia a la salud para generar planes para su tratamiento. También podríamos compartir su información con proveedores médicos fuera de nuestro sistema que pudieran estar involucrados en su tratamiento médico.

Sistema de Pago: Podríamos utilizar o divulgar su información médica para garantizar el pago de los servicios de salud que usted recibe. Por ejemplo, podríamos pasar la información médica a su seguro para cobrar los servicios de atención médica proporcionados a usted.

Calidad de la Atención Médica: Podríamos utilizar o divulgar su información médica en relación a las actividades de atención de la salud. Por ejemplo, podríamos utilizar su información médica para revisar la calidad de los servicios de atención médica que usted haya recibido. También podríamos pasar información acerca de usted al Departamento de Servicios de Salud de Arizona para revisar los avances de nuestros programas.

Recordatorios de Citas: Podríamos llamarle o enviarle una carta recordatoria acerca de sus citas de servicios de atención médica, a menos que usted nos indique no hacerlo.

Tratamientos Alternativos:
Podríamos utilizar su información de salud para recomendarle servicios de atención alternativa que pudieran ser de interés para usted.

Individuos Involucrados en su Atención Médica o en el Pago de su Atención Médica:
Podríamos, en su nombre, divulgar información de su salud a otras personas que estuvieran involucradas en su atención médica. Usted tiene el derecho de objetar que se comparta esta información.

Actividades de Salud Pública:
Podríamos utilizar o divulgar información de su salud para actividades de salud pública requeridas por la ley.

Víctimas de Abusos, Negligencia o Violencia Doméstica:
Podríamos divulgar su información de salud, requerida por la ley, si sospechamos abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de Monitoreo de la Calidad de Atención Médica:
Podríamos pasar su información de salud a agencias que monitorean el sistema de la calidad de la atención médica.

Eventos Judiciales y Adminsitrativos:
Podríamos divulgar información de su salud en respuesta a una orden de los juzgados.

Aplicación de la Ley:
Podríamos divulgar su información de salud cuando sea requerido o permitido por las leyes estatales o federales.

Requerimientos de la Ley:
Podríamos utilizar o divulgar su información de salud cuando sea requerido por las leyes estatales o federales.

Médicos Legistas:
Podríamos divulgar información de su salud a médicos legistas o directores de funerarias autorizados por la ley.

Adquisición de Tejidos y Órganos:
Podríamos divulgar información de su salud a organizaciones que adquieren, almacenan o transplantan tejidos, ojos u órganos.

Investigación:
Bajo ciertas circunstancias, podríamos utilizar o divulgar información de su salud con propósitos de investigación. Solicitaremos su autorización, o solicitaremos una dispensa de autorización a los Consejos de Revisión.

Salud y Seguridad:
Podríamos divulgar información de su salud a las autoridades para evitar riesgos de salud y garantizar la seguridad a otras personas o al público.

Compensación a los Trabajadores:
Podríamos divulgar información de su salud a programas de compensación de trabajadores o similares autorizados por la ley.

Funciones Especiales del Gobierno:
Podríamos divulgar información de su salud a agencias del gobierno con funciones especiales, requeridos o permitidos por la ley.

Reclusos:
Podríamos pasar información de su salud a custodios o agentes de la ley en prisiones o cárceles, requerido o permitido por la ley.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN QUE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Técnicas de Mercadeo:
Podríamos comunicarnos con usted acerca de productos o servicios relacionados con su tratamiento, manejo, o coordinación de su atención médica. Sin embargo, deberemos obtener su autorización antes de utilizar información de su salud con fines de mercadeo.

Otras Leyes que Protegen la Información de Salud:
Existen otras leyes que pueden requerir su autorización escrita para divulgar información de salud mental, abuso de drogas, Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida / Virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida, y pruebas genéticas.

Sus Derechos para Revocar su Autorización:
Podría haber otras divulgaciones de su información médica que requiriera su autorización. Usted tiene, generalmente, el derecho de revocar su autorización. Si usted revoca su autorización, se interrumpirá la utilización o divulgación de su información médica, excepto la información diseminada previamente bajo su autorización. En algunos casos, individuos en el sistema judicial no pueden cancelar una autorización, hasta el término de la sentencia o evento similar.

SUS DERECHOS

Sus derechos para Inspeccionar y Copiar la Información de su Salud:
En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver u obtener copias de sus registros médicos. Usted tiene que hacer la solicitud por escrito. Usted podría pagar una cuota por copiar sus registros médicos.

Sus Derechos para Solicitar Enmiendas:
Usted tiene el derecho de solicitar enmiendas a sus registros médicos. Deberá solicitarlo por escrito. Bajo ciertas circunstancias podríamos negar las enmiendas.

Sus Derechos para Solicitar la Lista de Divulgaciones:
Usted tiene el derecho de solicitar la lista de algunas divulgaciones hechas después del 14 de abril del 2003. Deberá solicitarlo por escrito. Esta lista no incluirá la divulgación de tratamiento médico, forma de pago, o tipo de atención médica. Esta lista no incluirá información proporcionada a usted o en su nombre. Esta lista no incluirá información enviada con su autorización. Si usted solicitaría copia de la lista más de una vez al año, podríamos cobrarle una cuota por las copias adicionales.

Sus Derechos para Solicitar Restricciones:
Usted tiene el derecho de solicitar restricciones de cómo su registro médico puede ser utilizado o divulgado. Deberá solicitarlo por escrito. No estamos obligados a darle estas restricciones.

Sus Derechos para Solicitar Comunicaciones Confidenciales:
Usted tiene el derecho de solicitar nuestras comunicaciones de cierta forma o en ciertos lugares. Responderémos a cualquier solicitud razonable.

Sus Derechos para Recibir una Copia de este Aviso:
Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso en cualquier momento.

Quejas:
Si usted no está de acuerdo en cómo utilizamos o divulgamos su información de salud, usted tiene el derecho de quejarse ante los Oficiales de Confidencialidad del Condado Pima. Usted también puede quejarse por escrito con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en Washington, DC. No tomaremos represalias si usted se queja con nosotros o con el Secretario.

Departamento de Salud del Condado Pima
Oficial de Confidencialidad
3950 S. Country Club Rd
Tucson, AZ. 85714
(520) 243-7911

del Condado Pima Oficial de Confidencialidad
(520) 724-8445

Fecha de Iniciación de este Aviso:
Este aviso entra en vigor el 14 de abril del 2003. Reservamos el derecho de modificar este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a la información médica que tenemos de usted.

PIMA COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

Revisión septiembre 2013