

COVID-19 Medical History Update

Dear Valuable Patient of Riverbank Modern Dentistry,
 All of us are concerned about the recently diagnosed cases of Coronavirus (COVID-19) in the United States, as well as in the rest of the world. Riverbank Modern Dentistry, in accordance with the guidelines recommended by the Centers for Disease Control and Prevention and the American Dental Association, is helping to prevent the spread of the COVID-19 by following the recommended safety precautions, including the collection of the short medical/travel history below. We appreciate your cooperation in completing these few questions so that together we can do our part to keep you and all of the members of our local community safe and healthy.

PATIENT INFORMATION

Patient's Name _____ DOB: _____ Date _____

Contact email _____ Cell phone: _____

- What dental treatment are you requesting (symptoms, history)? _____

Please circle (yes) or (no) for each question:

1. Have you tested for COVID-19 in the past 2 months? **Yes** **No** If yes, when did the symptoms abate (date)?

2. Do you currently have COVID-19 symptoms or are you under mandatory isolation? **Yes** **No**
3. Have you had close contact with someone diagnosed with COVID-19 or with any symptoms mentioned in question 5 below?
Yes **No**
4. Are you currently experiencing, or have experienced recently within the last 3 weeks?
 - Coughing **Yes** **No**
 - fever or feeling feverish **Yes** **No**
 - shortness of breath or difficulty in breathing **Yes** **No**
 - loss of taste/smell **Yes** **No**
 - other COVID-19 symptoms (sore throat, headache, fatigue, abdominal pain, diarrhea, chills) **Yes** **No**
5. Do you/they have heart disease, lung disease, kidney disease, diabetes or any auto-immune disorders? **Yes** **No**
6. One of the recommendations by dental clinicians is to have patient rinse with 1% Hydrogen Peroxide before any dental work. Would you be okay to rinse your mouth with 1% Hydrogen Peroxide? **Yes** **No**
7. Are you allergic to Hydrogen Peroxide rinse? **Yes** **No**

By my signature below, I agree that the foregoing is true and correct to the best of my knowledge.

Patient Name: _____

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

Thank you once again for your cooperation and helping us to create safe environment for everyone in our community

COVID-19 Treatment Consent Form

I, _____ consent to receive dental treatment from Riverbank Modern Dentistry during the COVID-19 outbreak. I understand there is much to learn about the newly emerged COVID-19 including how it spreads and transmitted. I understand that based on what is currently known about COVID-19 the spread is thought to occur mostly from person-to-person via respiratory droplets among close contacts. I understand that close contact can occur from being within approximately 6 feet of someone with COVID-19 for a prolonged period or by having direct contact with infectious secretions from someone with COVID-19. I understand that carriers of COVID-19 may not show symptoms but may still be highly contagious.

I understand that due to the unknowns of this virus, the number of other patients that have been in the practice and the nature of the procedures performed here, that I have an increased risk of contracting the virus by being in the practice and by receiving treatment in the practice.

I understand that dental procedures have the potential to include aerosol-generating procedures as well as anticipated splashes and sprays, which are some of the ways that COVID-19 can be spread. I understand that the symptoms listed below are representative of COVID-19:

- Fever
- Dry Cough
- Shortness of Breath
- loss of taste/smell
- other COVID-19 symptoms (sore throat, headache, fatigue, abdominal pain, diarrhea, chills)
- Persistent pain or pressure in the chest
- Bluish lips or face

I confirm that I do not display or currently have any of the symptoms that are representative of COVID-19, which are outlined above: _____ (Initial)

I understand that all travelers arriving from a country or region with [widespread ongoing transmission, as outlined by the CDC](#) (Center for Disease Control), should stay home for 14 days to practice social distancing and monitor their health after their arrival.

I confirm that I have not traveled to any of the countries or regions with widespread ongoing transmission ([Level 3 Travel Health Notice](#)) in the past 14 days. _____ (Initial)

I confirm, to the best of my knowledge, that I have not had close contact with an individual diagnosed with COVID-19 in the past 14 days. _____ (Initial)

Patient Name: _____ **Patient/Guardian Signature:** _____ **Date:** _____

Team member Name: _____ **Team member Signature:** _____ **Date:** _____

For Riverbank Modern Dentistry's Internal Use Only:

Patient's Temperature taken? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Finding: _____	Team member's Initial
1% H2O2 provided to patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If No, Reason: _____	Team member's Initial

Welcome

Welcome to Riverbank Modern Dentistry. We appreciate the trust placed on us to provide dental services. To help you service better, please complete the following form. (Bienvenidos al Riverbank Modern Dentistry. Agradecemos la confianza depositada en nosotros para proporcionar servicios dentales. Para ayudarle a un mejor servicio, por favor completa el siguiente formulario.)

PATIENT INFORMATION

Patient's Last name (Apellido del paciente): _____ First name (Nombre del paciente): _____
 Middle name (Segundo Nombre) : _____ Preferred name (Nombre preferido): _____
 Gender: (Género): Male Female single/soltero married/casado child/niño
 Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____ Age (Edad) : _____ SS #: _____
 Occupation (Ocupación): _____ Employer(Empleador): _____
 Email (Correo electronico): _____
 Cell (Celular): _____ Home phone (teléfono de casa): _____
 Preferred contact method (Método preferido de contacto): Home/ Casa cell/cellular
 Home address: _____
 (La dirección de la casa) : Street Address (dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)
 Billing Address (if different): _____
 (Dirección de facturación) : Street Address (dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)
 Emergency contact name(Nombre de la persona en caso de emergencia): _____
 phone (teléfono): _____ Relation(Relación): _____
 Responsible Party (Persona Responsable): _____ SSN# _____
 Date of Birth(Fecha de nacimiento): _____ Relation to Patient(Relación con el Paciente): _____
 Driver license number and state (Número de licencia de conducir y el estado): _____

INSURANCE INFORMATION

Primary Dental Insurance (Seguro Dental Primario)
 Policy(Numero de Polisa) # _____ Groups (Grupos) #: _____
 Secondary Dental Insurance (Seguro Dental Secundario)
 Policy(Numero de Polisa) # _____ Groups (Grupos) #: _____
 Subscriber Name (Nombre del Asegurado): _____
 Date of birth(Fecha de nacimiento): _____ SS #: _____

How did you hear about us? (¿Cómo se entero de nuestra oficina?) _____
 Previous dentist's name and address(Nombre del dentista anterior y dirección): _____

<u>HEALTH HISTORY</u>	<u>HISTORIA de SALUD</u>
Patient's Physician's name and contact number: _____ _____ _____	Nombre Médico número de contacto del paciente: _____ _____ _____
<u>DENTAL HISTORY</u>	<u>HISTORIA DENTAL</u>
How may we help you today? _____ _____ Your current dental health is: <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <i>Good</i> <input type="checkbox"/> <i>Fair</i> <input type="checkbox"/></div> <i>Poor</i> Are you currently in pain? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Have you ever had gum treatment? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Do you now or have you had any pain/discomfort in your jaw joint? (TMJ) <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Do your gums bleed? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> How many times do you: Floss/ day? _____ brush/day? _____ Are your teeth sensitive to hot, cold or anything else? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Have you ever had a serious/difficult problem with any previous dental work? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> When was your last dental cleaning? _____ _____	¿Cómo podemos ayudarle hoy? _____ _____ Su salud dental actual es: <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <i>Bueno</i> <input type="checkbox"/> <i>Justo</i> <input type="checkbox"/></div> <i>Pobre</i> ¿Está usted actualmente en el dolor? <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de las encías? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i></div> ¿Tiene ahora o ha tenido cualquier dolor o molestia en la articulación de la mandíbula? (TMJ) <input type="checkbox"/> <i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Le sangran las encías? <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> ¿Cuántas veces usted: Floss / día? _____ cepillo / día? _____ Son sus dientes sensibles al calor, frío o algo más? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/></div> <i>No</i> ¿Alguna vez ha tenido una dificultad seria con cualquier trabajo dental anterior? <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> ¿Cuándo fue su última limpieza dental? _____ _____
<u>GENERAL HEALTH HISTORY</u>	<u>HISTORIA GENERAL DE SALUD</u>
I. CIRCLE APPROPRIATE ANSWER :	I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA :
1. <i>Yes</i> <i>No</i> Is your general health good? 2. <i>Yes</i> <i>No</i> Has there been a change in your Health within the last year? 3. <i>Yes</i> <i>No</i> Have you been hospitalized or had a serious illness in the last Three years? If YES, why? _____ _____	1. <i>Sí</i> <i>No</i> ¿Está en buena salud general? 2. <i>Sí</i> <i>No</i> ¿Han habido cambios en su salud durante El último año? 3. <i>Sí</i> <i>No</i> ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años? ¿Si Sí, por qué? _____ _____

<p>4. <i>Yes No</i> Are you being treated by a Physician now? For what? _____ _____ Date of last medical exam: _____</p>	<p>4. <i>Sí No</i> ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____ _____ Fecha de su último examen médico: _____</p>
<p>II. HAVE YOU EXPERIENCED?</p>	<p>II. HA NOTADO:</p>
<p>5. <i>Yes No</i> Bleeding problems, bruising easily? 6. <i>Yes No</i> Fainting spells? 7. <i>Yes No</i> Seizures?</p>	<p>5. <i>Sí No</i> ¿Problemas de sangramiento, moretes? 6. <i>Sí No</i> ¿Desmayos? 7. <i>Sí No</i> ¿Convulsiones?</p>
<p>III. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD:</p>	<p>III. TIENE O HA TENIDO:</p>
<p>8. <i>Yes No</i> Heart disease? 9. <i>Yes No</i> Heart attack, heart defects? 10. <i>Yes No</i> Heart murmurs? 11. <i>Yes No</i> Rheumatic fever? 12. <i>Yes No</i> Stroke, hardening of arteries? 13. <i>Yes No</i> High blood pressure? 14. <i>Yes No</i> Asthma, TB, emphysema, other Lung diseases? 15. <i>Yes No</i> Hepatitis, other liver disease? 16. <i>Yes No</i> Stomach problems, ulcers? 17. <i>Yes No</i> AIDS 18. <i>Yes No</i> Tumors, cancer? 19. <i>Yes No</i> Arthritis, rheumatism? 20. <i>Yes No</i> Eye diseases? 21. <i>Yes No</i> Skin diseases? 22. <i>Yes No</i> Anemia? 23. <i>Yes No</i> VD (syphilis or gonorrhea)? 24. <i>Yes No</i> Herpes? 25. <i>Yes No</i> Kidney, bladder disease? 26. <i>Yes No</i> Thyroid, adrenal disease? 27. <i>Yes No</i> Diabetes? 28. <i>Yes No</i> Osteoporosis? 29. <i>Yes No</i> Allergies to: Drugs, foods, Jewelry, Latex, Metals or any medications (Aspirin, Codeine, Ibuprofen, Vicodin, Dental Anesthetics, Erythromycin, Penicillin, Amoxicillin, Tetracycline, and Clindamycin) or any other things not listed above. _____ _____</p>	<p>8. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades del corazón? 9. <i>Sí No</i> ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? 10. <i>Sí No</i> ¿Soplos en el corazón? 11. <i>Sí No</i> ¿Fiebre reumática? 12. <i>Sí No</i> ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? 13. <i>Sí No</i> ¿Presión sanguínea alta? 14. <i>Sí No</i> ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades 15. <i>Sí No</i> ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? 16. <i>Sí No</i> ¿Problemas del estómago, úlceras? 17. <i>Sí No</i> ¿SIDA? 18. <i>Sí No</i> ¿Tumores, cáncer? 19. <i>Sí No</i> ¿Artritis, reuma? 20. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades de los ojos? 21. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades de la piel? 22. <i>Sí No</i> ¿Anemia? 23. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades venéreas (sífilis o pulmonares? gonorrea)? 24. <i>Sí No</i> ¿Herpes? 25. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? 26. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades de tiroides o glándulas? 27. <i>Sí No</i> ¿Diabetes? 28. <i>Sí No</i> Osteoporosis (hueso densidad)? 29. <i>Sí No</i> ¿Alergias a : remedios, alimentos, joyas, De látex, metales o cualquier otro medicamento (Aspirina, Codeína, Iburpufen, Vicodin, Dental Anesthetics, Eritromicina, Penicilina, Amoxicilina, Tetraciclina, Clindamicina) o cualesquiera otros elementos no mencionados anteriormente. _____ _____</p>
<p>IV. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD:</p>	<p>VI. TIENE O HA TENIDO:</p>
<p>30. <i>Yes No</i> Psychiatric care? 31. <i>Yes No</i> Radiation treatments? 32. <i>Yes No</i> Chemotherapy? 33. <i>Yes No</i> Prosthetic heart valve? 34. <i>Yes No</i> Artificial joint?</p>	<p>30. <i>Sí No</i> ¿Tratamiento psiquiátrico? 31. <i>Sí No</i> ¿Tratamientos de radiación? 32. <i>Sí No</i> ¿Quimioterapia? 33. <i>Sí No</i> ¿Válvula artificial del corazón? 34. <i>Sí No</i> ¿Articulación artificial?</p>

<p>35. Yes No Hospitalization?</p> <p>36. Yes No Blood transfusions?</p> <p>37. Yes No Surgeries?</p> <p>38. Yes No Pacemaker?</p>	<p>35. Sí No ¿Hospitalizaciones?</p> <p>36. Sí No ¿Transfusiones de sangre?</p> <p>37. Sí No ¿Cirugías?</p> <p>38. Sí No ¿Marcapasos?</p>
<p>V. ARE YOU TAKING?</p>	<p>V. ESTÁ TOMANDO:</p>
<p>39. Yes No Drugs, medications, over-the-counter medicine (Including Aspirin, Blood thinners, Osteoporosis (bone density) Medicine, Recreational drug ? Please list: _____ _____ _____</p> <p>40. Yes No Tobacco in any form?</p>	<p>39. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta(incluyendo aspirina, sangre anticoagulants, Osteoporosis (hueso densidad) medicina, droga recreativa Liste por favor: _____ _____ _____</p> <p>40. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo?</p>
<p>VI. WOMEN ONLY:</p>	<p>VI. SÓLO PARA MUJERES:</p>
<p>41. Yes No Are you or could you be pregnant Or nursing?</p> <p>42. Yes No Taking birth control pills?</p>	<p>41. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho?</p> <p>42. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?</p>
<p>VII. ALL PATIENTS:</p> <p>43. Yes No Do you have or have you had any other diseases or medical problems NOT listed on this form? If so, please explain: _____</p> <p><i>I certify that I have read and understand the above information to the best of my knowledge. The above questions have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. I authorize the dentist to release my information including diagnosis and the records to any treatment or examination rendered to my child or me during the period of such dental care to third party payers and/or health practitioners. I authorize and request my insurance company to pay directly to the dentist or dental group insurance benefits otherwise payable to me. I understand that my dental insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment of all services rendered on my behalf or my dependents. I consent to the dental x-rays, diagnostic procedures and treatment by the dentist necessary for proper dental care. By signing this I authorize communications for my health information via unsecured email & I understand that I have the right to revoke the authorization at any time after written notice from me</i></p> <p>Patient's (or Legal Guardian's) signature: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p>VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:</p> <p>43. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario? Si la respuesta es afirmativa, explique: _____</p> <p><i>Yo certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido correctamente contestadas. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista a divulgar mi información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes rendidos a mi hijo o yo durante el período de la atención dental a los contribuyentes como de terceros y / o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o un seguro de grupo de los beneficios dentales de otro modo pagadero a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dentales puede pagar menos de la cuenta real de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Doy mi consentimiento a la radiografía dental, los procedimientos de diagnóstico y tratamiento por el dentista necesarias para el cuidado dental apropiado. Al firmar este Autorizo la comunicación de mi información de salud a través de correo electrónico segura y entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento después de la notificación escrita por mí.</i></p> <p>Paciente(o tutor legal de) firma: _____</p> <p>Fecha : _____</p>

Dentist's signature: _____ **Date:** _____

Additional Comments (By dentist only) _____

SEGUROS Y POLÍTICA FINANCIERA

En Riverbank Modern Dentistry, creemos que usted se merece la mejor care. Nosotros siempre aconsejamos que la mejor solución posible para el tratamiento dental de la situación personal. Nuestro objetivo es proporcionar atención dental pendientes a cientos de pacientes cada año. Algunos tienen beneficios dentales, pero algunos no lo hacen. Si usted tiene beneficios dentales o no, aquí hay algunas cosas importantes que usted debe saber sobre nuestros seguros y política financiera.

Inicial

_____ ■ Riverbank Modern Dentistry requiere el pago en lleno para su porción en aquel momento de servicio. Aceptamos Mastercard, la Visa, Descubre, el dinero efectivo, y los cheques. Si usted necesita una opción prolongada de finanza, nosotros también trabajamos con compañías financieras, que ofrece 3, 6, 12 o 24 mes "mismo como dinero efectivo" o términos más largos opción financiera en el crédito aprobado.

_____ ■ *Una cantidad específica de tiempo es reservada especialmente por su cita y Nosotros aconsejamos a todos pacientes para acudir a las citas. Si usted quiere cambiar su cita, dé por lo menos 48 horas nota de hora de evitar una \$35 tarifas por cancelación (emergencias son una excepción).*

_____ ■ Si usted falla de parecer por sus citas, usted será responsable de todos los costos de laboratorio asociados con su tratamiento dental. Además, cargaremos \$100/horas (máximo 3 horas) para el tiempo gastado durante el trabajo dental ya mencionado.

_____ ■ Los pacientes serán responsables de los cargos adicionales asociados a su deuda y saldos vencidos después de 60 días por ejemplo, colección de agencia de honorarios de la.

_____ ■ Pacientes también será responsable del precio de finanza mensual adicional del 10 % para el saldo de la cuenta delinciente después de 60 días..

_____ ■ Habrá precio de 50 dólares para solicitar archivos dentales y rayos X electrónicamente o vía el correo regular

Comprendo y concuerdo con el encima de condiciones.

Por favor escriba el nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Paciente(o tutor legal de) firma: _____

SÓLO PARA PACIENTE ASEGURADO

Inicial

_____ ■ Nosotros aceptamos actualmente todo seguro privado planes dentales (planes que no requieren usted seleccionar a un dentista de una lista ni requerir Riverbank Modern Dentistry a aceptar un honorario reducido para el servicio). Esto significa que trabajamos con literalmente miles de compañías. Aunque podamos mantener las historias computarizadas del pago por una compañía dada, ellos cambian; por lo tanto no es posible para nosotros dé una cita garantizada en aquel momento de servicio. Estimamos su porción basada en la información más reciente que tenemos, esto sólo una estimación. Si usted querría saber su beneficio de seguro, nosotros seremos felices de archivar una autorización de pre-tratamiento con su compañía de seguros antes de tratamiento. Tenga presente, esto no es garantía de la cobertura dental. Esto demorará tratamiento pero nosotros le daremos el exacto fuera de figuras de bolsillo que usted puede requerir.

_____ ■ Le enviaremos la factura a su seguro como una cortesía. Si el seguro no paga dentro de 60 días, Riverbank Modern Dentistry se reserva el derecho a solicitar el pago completo por los servicios de usted y le permiten cobrar los fondos de seguros que se deben a usted. Esto es raro, pero es importante que usted reconozca que el seguro que usted tiene es un contrato legal entre usted y su compañía de seguros. Riverbank Modern Dentistry no es, y no puede ser una parte de ese contrato legal. En última instancia, usted es responsable de todos los cargos incurridos en Riverbank Modern Dentistry.

Comprendo y concuerdo con el encima de condiciones.

Por favor escriba el nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Paciente(o tutor legal de) firma: _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF DENTAL MATERIALS FACT SHEET

*I have read and received a copy of this office's: **Dental Materials Fact Sheet dated May, 2004.***

Please print patient's name

Patient's (or Legal Guardian's) signature

Date

ACUSE DE RECIBO DE MATERIALES DENTALES HOJA

*He leído y recibido una copia de esta oficina: **Materiales Dentales Hoja de Datos, con fecha de Mayo de 2004.***

Por favor escriba el nombre del paciente

Paciente(o tutor legal de) firma

Fecha



EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTA DE PRACTICAS de INTIMIDAD

* Usted puede negarse a firmar *

He leído y recibí una copia de la Nota de esta oficina de **Prácticas de Intimidad**

Por favor escriba el nombre del paciente

Paciente(o tutor legal de) firma

Fecha

Para la Oficina Utiliza Sólo

Tratamos de obtener reconocimiento escrito de recibo de nuestra Nota de Prácticas de Intimidad, pero del reconocimiento no podría ser obtenido porque:

- Individuo se negó a firmar
- barreras de Comunicaciones prohibidas obteniendo el reconocimiento
- Una situación de Emergencia nos previno de obtener reconocimiento
- Otro (especifica)

FORMA de la INTIMIDAD de HIPPA EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTA DE PRACTICAS de INTIMIDAD

Esta forma es utilizada para obtener reconocimiento de nuestra nota de Prácticas de Intimidad o para documentar nuestro de buena fe para obtener ese reconocimiento.

La Nota de de Prácticas de intimidad, presenta la información que esa ley federal nos requiere a dar a nuestros pacientes con respecto a nuestras prácticas de intimidad. Nosotros le debemos proporcionar esta Nota a cada paciente que empieza no luego que la fecha de nuestra primera entrega del servicio al paciente después del 22 de septiembre 2013. Debemos hacer tentativa de buena fe para obtener reconocimiento escrito de recibo de la Nota del paciente. Nosotros también debemos tener la Nota disponible en la oficina para pacientes para solicitar para tomar con ellos. Debemos anunciar la Nota en nuestra oficina en una ubicación clara y prominente donde lo es razonable esperar cualquier paciente que busca el servicio de nosotros poder leer la nota. Siempre que la Nota sea revisada, debemos hacer la Nota disponible sobre la petición en o después de la fecha de vigencia de la revisión en una manera coherente con el encima de instrucciones. Por lo tanto, debemos distribuir la Nota a cada nuevo paciente en aquel momento de servicio y a cualquier persona que solicita una Nota. Nosotros también debemos anunciar la Nota revisada en nuestra oficina discutió como arriba.