

ການບໍລິການແຂ້ວຟຣີໃນ ໂຮງຮຽນຂອງລູກທ່ານ

ສໍາຄັນ: ກະຊວງສົ່ງຄືນໃບອະນຸຍາດທີ່ລົງລາຍເຊັນແລ້ວ ເພື່ອໃຊ້ການບໍລິການຟຣີນີ້.

ການບໍລິການປະກອບດ້ວຍ:

- ການກວດແຂ້ວຟຣີ:
ຜູ້ຊ່ວຍຊານແຂ້ວຂອງພວກເຮົາເບິ່ງໃນປາກຂອງນັກຮຽນ
ເພື່ອກວດເບິ່ງສຸຂະພາບໂດຍລວມຂອງແຂ້ວ ແລະ ເຫງືອກ.
- ສານເຊື້ອມແຂ້ວຟຣີ: ວາງສານເຄືອບໃສ່ແຂ້ວສ່ວນຫຼັງຂອງນັກຮຽນ
ເພື່ອປ້ອງກັນແຂ້ວແມງ.
- ຟລູອໍຣາຍຟຣີ: ເມື່ອຖືກໃສ່ແຂ້ວ, ວິຕາມິນນີ້ເຮັດໃຫ້ແຂ້ວແຂງແຮງຂຶ້ນ
ແລະ ປ້ອງກັນແຂ້ວແມງ.



ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຄວນລົງທະບຽນລູກຂອງທ່ານສໍາລັບການບໍລິການຟຣີ:

- ແຂ້ວທີ່ສຸຂະພາບດີເປັນສິ່ງສໍາຄັນສໍາລັບສຸຂະພາບໂດຍລວມຂອງທ່ານ.
- ເມື່ອເຄືອບສານເຊື້ອມແຂ້ວໃນໂຮງຮຽນແລ້ວ,
ທ່ານຈະຂາດວຽກໜ້ອຍລົງ ແລະ
ລູກຂອງທ່ານຈະຂາດໂຮງຮຽນໜ້ອຍລົງ.
- ສານເຊື້ອມແມ່ນດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ຊ່ວຍຊານດູແລແຂ້ວແຍງແຂ້ວ.
- ເຂົ້າພົບທັນຕະແພດຂອງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ.



ຟລູອໍຣາຍແມ່ນຖືກວາງໃສ່ແຂ້ວດ້ວຍແບງຂະໜາດນ້ອຍ.

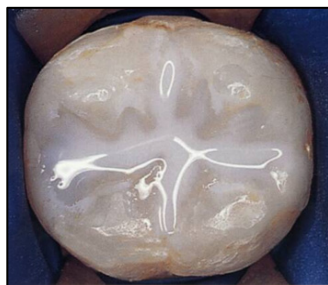
ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ,
ກະຊວງໂທຫາພວກເຮົາທີ່

503-521-7166

ກ່ອນສານເຊື້ອມ



ຫຼັງສານເຊື້ອມ



ບັນຫາ: ແຂ້ວແມງ

- ແຂ້ວແມງແມ່ນພະຍາດທີ່ພົບເຫັນໄດ້ຫຼາຍທີ່ສຸດໃນໄວເດັກ.
- ມີເດັກທີ່ອາຍຸ 5-11 ປີປະມານ 50%
ທີ່ມີແຂ້ວແມງຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງເຫຼັ້ມ¹.

ວິທີແກ້ບັນຫາ: ສານເຊື້ອມແຂ້ວ

- ນັກຮຽນທີ່ໄດ້ຮັບສານເຊື້ອມມີແຂ້ວແມງ 50%
ໜ້ອຍກວ່ານັກຮຽນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບ².
- ການໃຊ້ຟລູອໍຣາຍຈະປ້ອງກັນແຂ້ວແມງໄດ້ 43%
ສໍາລັບແຂ້ວແທ້ ແລະ 37% ສໍາລັບແຂ້ວນໍ້ານົມ³.

¹ CDC. ສຸຂະພາບປາກຂອງເດັກ. <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20year%20of%20age>

² ໜ່ວຍງານສະເພາະກິດສໍາລັບການບໍລິການປ້ອງກັນໃນຊຸມຊົນ. (2017) ການປັບປຸງສຸຂະພາບປາກ: ໂຄງການສົ່ງມອບສານເຊື້ອມແຂ້ວໃນໂຮງຮຽນ. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍເພື່ອປ້ອງກັນແຂ້ວຜຸໃນເດັກ ແລະ ໄວລຸ້ນ. ຖານຂໍ້ມູນບົດວິຈານລະບົບ Cochrane 2013, ເຫຼັ້ມທີ 7. ບົດຄວາມທີ: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

FREE DENTAL SERVICES AT YOUR CHILD'S SCHOOL

Important: Please return a signed permission slip to use this free service.

Free services include:

- Dental screening: Our dental professional looks in the student's mouth to check the health of teeth and gums.
- Dental sealants: Coatings may be put on the student's back teeth to prevent cavities.
- Fluoride: Brushed on teeth, this vitamin makes teeth stronger and prevents cavities.



Why you should sign your child up for free services:

- Healthy teeth are important to your overall health.
- When dental sealants are done in school you miss less work and your child misses less school.
- Dental sealants are done by dental care professionals.
- See your dentist at least once a year.



Fluoride is put onto teeth with a small brush.

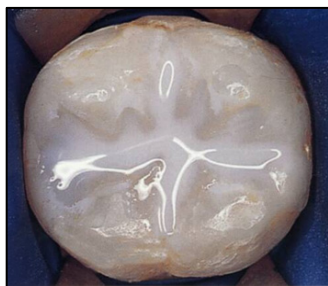
For more information,
please call us at

503-521-7166.

Before Sealant



After Sealant



The Problem: Cavities

- Cavities are the most common childhood disease.
- About 50% of children aged 5-11 years have at least one cavity¹.

The Solution: Dental Sealants

- Students who receive sealants have 50% fewer cavities than students who do not².
- Fluoride application prevents 43% of cavities in permanent teeth and 37% of cavities in baby teeth³.

¹ CDC. Children's Oral Health. [https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%](https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html#:~:text=More%20than%20half%20of%20adolescents,one%20)

² Community Preventive Services Task Force. (2017) Improving Oral Health: School-Based Dental Sealant Delivery Programs. <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/OnePager-OralHealth-School-Sealants.pdf>

³ Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No: CD002279. DOI: 10.1002/14651858

ໃບອະນຸຍາດສໍາລັບການບໍລິການແຂ້ວຟຣີ



ການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວຟຣີ, ການວາງສານເຄືອບ ແລະ ຝຸດອ່າຍແບບວາງໃສ່ແມ່ນຜ່ອມໃຫ້ບໍລິການໃນໂຮງຮຽນຂອງລູກທ່ານ.

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານດູແລເບິ່ງແຂ້ວ ແລະ ຈະປ້ອງກັນແຂ້ວແມງ.

ຊື່ຂອງເດັກ: _____	(ນາມສະກຸນ)	(ຊື່ແທ້)	(ຊື່ທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ເອີ້ນ)
ວັນເກີດຂອງເດັກ (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____ ຄູອາຈານ: _____ ຊັ້ນຮຽນ: _____			
ໂຮງຮຽນ: _____			

ໝາຍຕົກໃສ່ ໜຶ່ງກ່ອງ ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມເພື່ອລົງສະໝັກສໍາລັບການບໍລິການຟຣີນີ້:

- ☐ ແມ່ນ, ສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບ, ສານເຄືອບ ແລະ ຝຸດອ່າຍ
- ☐ ແມ່ນ, ສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບ ແລະ ສານເຄືອບ
- ☐ ແມ່ນ, ສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບ ແລະ ຝຸດອ່າຍ
- ☐ ແມ່ນ, ສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ

* ໝາຍເຫດ: ຖ້າມີການໝາຍຕົກໃສ່ກ່ອງ “ແມ່ນ” ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງກ່ອງ, ການບໍລິການທັງໝົດທີ່ອະນຸມັດຈະຖືກສະໜອງໃຫ້.

☐ ບໍ່, ບໍ່ໃຫ້ການບໍລິການແຂ້ວໃດໜຶ່ງສໍາລັບລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ:	ພາສາທີ່ຕ້ອງການ:
ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ຕິດຕໍ່ທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ:	ການອະນຸຍາດໃຫ້ສົ່ງຂໍ້ຄວາມ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ທີ່ຢູ່ອີເມວ:	
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ:	

ກະດູນາໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດໃຫ້ບໍລິການແກ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນ:

ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງກິນ (ລະບຸຊື່ຢາ):	ບໍ່ມີ: ☐
ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີອາການແພ້:	ບໍ່ມີ: ☐
ອາການທາງການແພດໃນປັດຈຸບັນ:	ບໍ່ມີ: ☐
ການພິຈະລະນາພຶດຕິກຳ:	ບໍ່ມີ: ☐
ຂໍ້ມູນອື່ນໆເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການແກ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນ:	ບໍ່ມີ: ☐

ກະດູນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກສ່ວນຂ້າງລຸ່ມ. ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນ.

ປະກັນສຸຂະພາບ: ☐ ແຜນສຸຂະພາບຂອງລັດອໍຣິກອນ (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ ບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບແຂ້ວຂອງເອກະຊົນ _____ ☐ ບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ	ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນ ຟຣີ!
ໃນຖານະທີ່ເປັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຍືນຍອມເປັນເວລາ 24 ເດືອນ ໃຫ້ເປີດເຜີຍ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນ, ລວມເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນ, ລະຫວ່າງພະນັກງານທີ່ວາງສານເຄືອບແຂ້ວ, ພະນັກງານໂຮງຮຽນ, ບໍລິສັດປະກັນໄພ, ທັນຕະແພດຂອງເດັກ, ອົງການປະສານງານການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ/ຫຼື ອົງການດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວທີ່ມີປະຫວັດທາງການແພດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສໍາເນົາ “ແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ”, ເຊິ່ງກໍ່ມີໃຫ້ໃນເວັບໄຊຂອງ All Smiles Community Oral Health ທີ່ AllSmilesCOH.org/forms . ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່ານັກຮຽນແພດແຂ້ວທີ່ມີການຕິດຕາມຄວບຄຸມຢ່າງໃກ້ຊິດໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ມີໃບອະນຸຍາດອາດຈະໃຫ້ການປິ່ນປົວໄດ້.	
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ _____	ວັນທີ: _____

Permission Slip for Free Dental Services



Free dental screenings, sealant placements, and brushed-on fluoride are offered at your child's school. These services are done by dental care professionals and will help prevent cavities.

Name of Child: _____		
(Last)	(First)	(Preferred Name)
Child's Date of Birth (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Teacher: _____ Grade: _____		
School: _____		

Check **ONE BOX** below to sign up for this free service:

- ☐ Yes, to screening, sealants and fluoride
- ☐ Yes, to screening and sealants
- ☐ Yes, to screening and fluoride
- ☐ Yes, to screening only

* NOTE: If more than one "yes" box is checked, all approved services will be provided.

☐ **NO, do not provide any dental services for my child**

Contact Information	
Parent/Guardian:	Preferred Language:
Best phone number to reach you:	Permission to Text: ☐ YES ☐ NO
Email address:	
Mailing address:	

Please provide the following information so we can better serve your child:

My child is taking (list medications):	None: ☐
My child is allergic to:	None: ☐
Any current medical conditions:	None: ☐
Any behavioral considerations:	None: ☐
Other information to help us better serve your child:	None: ☐

Please complete the section below. You will not receive a bill.

Health Insurance: ☐ Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ ☐ Private dental insurance company _____ ☐ No health insurance	These services are FREE!
As the legal parent/guardian, I consent for 24 months to the release and sharing of information, including personal health information, between the dental sealant staff, school staff, insurance carriers, the child's dentist, applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record. I have received a copy of "Notices of Privacy Practices," also available on the All Smiles Community Oral Health website AllSmilesCOH.org/forms . I understand that a dental student closely supervised by a licensed professional may provide treatment.	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	

ຂໍສະຫຼຸບແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

ການຮັກສາຄວາມລັບສໍາລັບຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ເຊິ່ງເອີ້ນອີກຊື່ວ່າ ປະຫວັດທາງການແພດຂອງທ່ານ, ຄືບູລິມະສິດ ສູງສຸດທີ່ All Smiles Community Oral Health. ມີເຫດຜົນຈຳນວນໜຶ່ງທີ່ພວກເຮົາອາດຈຳເປັນຕ້ອງນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນໃຫ້ແກ່ພາກສ່ວນອື່ນ. ແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວສະບັບນີ້ແມ່ນສະໜອງໃຫ້ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບເຖິງ ວິທີການທີ່ພວກເຮົາສາມາດນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຈາກປະຫວັດທາງການແພດຂອງທ່ານ. ໜ້ານີ້ບໍ່ແມ່ນແຈ້ງການການປະຕິບັດ ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວສະບັບເຕັມ. ພວກເຮົາພ້ອມສົ່ງແຈ້ງການສະບັບເຕັມໃຫ້ ເມື່ອມີການຮ້ອງຂໍ. ນອກຈາກຄວາມມຸ່ງໝັ້ນທີ່ພວກເຮົາມີມາ ຕັ້ງແຕ່ດົນວ່າຈະປົກປ້ອງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ, ມີພັນທະບາງຢ່າງທີ່ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ. ໜຶ່ງໃນພັນທະເຫຼົ່ານັ້ນແມ່ນເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການສະບັບນີ້.

ສິ່ງຕ່າງໆທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວສະບັບເຕັມ

- ວິທີການທີ່ພວກເຮົາອາດນຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ອະນຸຍາດເພື່ອ:
 - ໃຫ້ການປິ່ນປົວແກ່ທ່ານ
 - ຮັບຊໍາລະເງິນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ພວກເຮົາສະໜອງໃຫ້ແກ່ທ່ານ
 - ສ້າງລາຍງານໃຫ້ໜ່ວຍງານຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນ ແລະ ພາກສ່ວນອື່ນໆ ເມື່ອກົດໝາຍກຳນົດໃຫ້ມີການລາຍງານດັ່ງກ່າວ
 - ສ້າງລາຍງານ ຫຼື ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງສາທາລະນະສຸກ, ຄວາມປອດໄພ ແລະ/ຫຼື ການວິໄຈ
- ວິທີການທີ່ພວກເຮົາສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ອະນຸຍາດ, ແຕ່ໃນກໍລະນີທີ່ພວກເຮົາໃຫ້ທ່ານມີໂອກາດຄັດຄ້ານເທົ່ານັ້ນ:
 - ເພື່ອແບ່ງປັນຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານໃຫ້ຄອບຄົວ, ໝູ່ ຫຼື ຄົນອື່ນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃນການດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ຊໍາລະເງິນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ
 - ເພື່ອແບ່ງປັນຂໍ້ມູນໃນກໍລະນີທີ່ເກີດໄພພິບັດ ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ຂອງທ່ານຮັບຊາບວ່າທ່ານຢູ່ໃສ ແລະ ອາການທົ່ວໄປຂອງທ່ານ
- ວິທີການທີ່ພວກເຮົານຳໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໂດຍທີ່ທ່ານອະນຸຍາດສໍາລັບການເປີດເຜີຍນອກເໜືອຈາກທີ່ອະທິບາຍຢູ່ຂ້າງເທິງເທົ່ານັ້ນ.
- ສິດຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງລັດຖະບານກາງ ລວມເຖິງສິດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຂອງທ່ານ:
 - ຂໍເບິ່ງ ແລະ ຄັດລອກຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ
 - ຂໍໃຫ້ແກ່ໄຂຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ຄົບຖ້ວນໃນຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ
 - ຂໍລາຍຊື່ສະຖານທີ່ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄປ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ສົ່ງສໍາລັບການຊໍາລະເງິນ, ການປິ່ນປົວ ຫຼື ການດໍາເນີນງານດູແລເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ
 - ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈຳກັດຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົານຳໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງປັນສໍາລັບການປິ່ນປົວ, ການຊໍາລະເງິນ ຫຼື ການດໍາເນີນງານດູແລເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ຫຼື ຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາແບ່ງປັນກັບສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ ຫຼື ຄົນອື່ນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃນການດູແລເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ.
 - ພວກເຮົາບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຫັນດີກັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ
 - ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສື່ສານກັບທ່ານໃນລັກສະນະທີ່ຮັກສາຄວາມລັບ
 - ຂໍສໍານິຮູບແບບເຈັບສໍາລັບແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ.
 - ຮັບແຈ້ງການໃນກໍລະນີທີ່ລະເມີດຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແຕ່ບໍ່ໝັ້ນຄົງ
 - ອີ່ມຄໍາຮ້ອງທຸກ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າສິດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໄດ້ຖືກລະເມີດ
 - ຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສໍາລັບລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ແລະ ຈຳກັດການເປີດເຜີຍລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ສະເພາະນັ້ນໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ



SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The confidentiality of your protected health information, also called your medical record, is a high priority at All Smiles Community Oral Health. There are a number of reasons we may need to use this information or disclose it to others. This Notice of Privacy Practices is provided to inform you of the ways we can use and release information from your medical record. THIS PAGE IS NOT THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. The full notice is available upon request. In addition to our longstanding commitment to protecting your information, there are certain obligations we have under federal law. One of those obligations is to provide you with this Notice.

THINGS EXPLAINED IN THE FULL NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **How we may use and share your health information without your permission to:**
 - Provide treatment to you.
 - Get paid for the services we provide to you.
 - Make reports to federal, state, and local agencies and others when the law requires such reporting.
 - Make reports or share information for public health, safety, and/or research purposes.
- **How we can share your information without your permission, but only if we give you a chance to object:**
 - To share information about you to family, friends, or others involved in your care for payment for the services you receive.
 - To share information in case of a disaster to let your family and friends know where you are and your general condition.
- **How we can use and share your medical information only with your permission for disclosures other than those described above.**
- **Your legal rights under federal privacy laws include your right to:**
 - Ask to see and copy your medical information.
 - Ask that incorrect or incomplete information in your medical information be corrected.
 - Ask for a list of the places we have sent your information unless it was sent with your permission, for payment, treatment, or health care operations.
 - Ask that we limit the information we use or share for treatment, payment, or healthcare operations, or the information we share with family members or others involved in your care. We are not required to agree to your request.
 - Ask that we communicate with you in a confidential manner.
 - Ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time.
 - Be notified in the event of a breach of unsecured, protected health information.
 - File a complaint if you think your privacy rights have been violated.
 - Pay out of pocket in full for a healthcare item or service and restrict disclosure of that particular item or service to your health plan provider.