

# ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍສໍາ ລັບແຂ້ວທີ່ສຸຂະພາບດີ

ສໍາຄັນ: ກະຊວງສົ່ງຄືນໃບອະນຸຍາດທີ່ລົງລາຍເຊັນແລ້ວ ເພື່ອນໍາໃຊ້ການບໍລິການຟຣີນີ້.

ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍ ແລະ

ການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວຟຣີແມ່ນພ້ອມໃຫ້ບໍລິການໃນໂຮງຮຽນຂອງລູກທ່ານ!

ການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວແມ່ນການກວດເບິ່ງພາຍໃນບາກຂອງລູກທ່ານຢ່າງຮີບດ່ວນ  
ເພື່ອເບິ່ງສຸຂະພາບໂດຍລວມຂອງແຂ້ວພວກເຂົາ.

ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍແມ່ນສານເຄືອບປ້ອງກັນທີ່ຖືກໃສ່ແຂ້ວ.

ສິ່ງທີ່ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຮູ້:

- ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍແມ່ນວິທີການທີ່ປອດໄພ ແລະ  
ໄວໃນການປົກປ້ອງແຂ້ວຈາກແຂ້ວແມງ.
- ສານເຄືອບຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ເຈັບ.
- ການກວດສຸຂະພາບ ແລະ ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍແມ່ນດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານດູແລແຂ້ວແຍງແຂ້ວ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ,  
ກະຊວງໂທຫາພວກເຮົາທີ່  
503-521-7166.

ເກັບຮັກສາຮອຍຢືມທີ່ສຸຂະພາບດີ:

- ຖູແຂ້ວ ແລະ ຂັດແຂ້ວທຸກມື້.
- ນໍາໃຊ້ຢາຖູແຂ້ວຟລູອໍຣາຍໃນປະລິມານສໍາກັບເມັດເຂົ້າ.
- ເລືອກອາຫານວ່າງທີ່ສຸຂະພາບດີ ເຊັ່ນ: ໝາກໄມ້ ແລະ ຜັກ.
- ພະຍາຍາມດື່ມນໍ້າຫຼາຍກວ່ານໍ້າໝາກໄມ້.
- ແຂ້ວນໍ້າມີທີ່ສຸຂະພາບດີຈະຊ່ວຍປ້ອງກັນບັນຫາໃນແຂ້ວແທ້.
- ເຂົ້າພົບທັນຕະແພດຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ.



# Fluoride Varnish for Healthy Teeth

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

## Free fluoride varnish and dental screenings are offered at your child's school!

A dental screening is a quick look inside your child's mouth to check the overall health of their teeth. Fluoride varnish is a protective coating brushed on the teeth.

For more information,  
please call us at  
**503-521-7166.**

## What you need to know:

- Fluoride varnish is a safe and quick way to protect teeth from cavities.
- Fluoride varnish does not hurt.
- Screenings and fluoride varnish are done by dental care professionals.

## Keeping a healthy smile:

- Brush and floss every day.
- Use fluoride toothpaste the size of a grain of rice.
- Choose healthy snacks such as fruits and vegetables.
- Try drinking water over juice.
- Healthy baby teeth will help prevent problems in adult teeth.
- See a dentist at least once a year.





## ໃບອະນຸຍາດໂຄງການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວ/ ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍຟຣີ

ຕອນນີ້, ການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວ ແລະ ການບໍລິການສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍຟຣີແມ່ນພ້ອມໃຫ້ບໍລິການໃນໂຮງຮຽນຂອງລູກທ່ານ.  
ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍແມ່ນວິທີການທີ່ໄວ ແລະ ງ່າຍໃນການປົກປ້ອງແຂ້ວຈາກແຂ້ວແມງ. ການກວດສຸຂະພາບ ແລະ  
ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍແມ່ນດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ຊ່ວຍຊານດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວຫຼາຍເຖິງສິ່ງຕໍ່ປີ.

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| ຊື່ຂອງເດັກ: _____                                             |
| (ນາມສະກຸນ) _____ (ຊື່ແທ້) _____ (ຊື່ທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ເອີ້ນ) _____ |
| ວັນເກີດຂອງເດັກ (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____              |
| ໂຮງຮຽນ: _____                                                 |

ການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວ: ກວດເບິ່ງຂ້າງໃນປາກຢ່າງຮີບດ່ວນເພື່ອກວດສຸຂະພາບໂດຍລວມຂອງແຂ້ວ.

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍ: ວາງໃສ່ແຂ້ວເພື່ອປ້ອງກັນແຂ້ວແມງ.

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນຂ້າງລຸ່ມ:

|                                        |                                                                                          |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່                           |                                                                                          |
| ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ:                | ພາສາທີ່ຕ້ອງການ:                                                                          |
| ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ຕິດຕໍ່ທ່ານໄດ້ຕິທີ່ສຸດ: | ການອະນຸຍາດໃຫ້ສົ່ງຂໍ້ຄວາມ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ:                           |                                                                                          |
| ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ:                          |                                                                                          |

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດໃຫ້ບໍລິການແກ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນ:

|                                                                 |                                 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງກິນ (ລະບຸຊື່ຢາ):                           | ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/> |
| ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີອາການແພ້:                                     | ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/> |
| ບັນຫາທາງການແພດໃນບັດຈຸບັນ:                                       | ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/> |
| ຂໍ້ມູນອື່ນໆເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການແກ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ດີຂຶ້ນ: | ບໍ່ມີ: <input type="checkbox"/> |

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກສ່ວນຂ້າງລຸ່ມ. ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນ.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ປະກັນສຸຂະພາບ:<br><input type="checkbox"/> ແຜນສຸຂະພາບຂອງລັດອໍຣິກອນ (OHP) / Medicaid ID# _____<br><input type="checkbox"/> ບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບແຂ້ວຂອງເອກະຊົນ _____<br><input type="checkbox"/> ບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນ <b>ຟຣີ!</b> |
| <p>ໃນຖານະທີ່ເປັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍ ແລະ ແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນ, ລວມເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້, ລະຫວ່າງບຸກຄະລາກອນທາງທັນຕະກຳ, ບຸກຄະລາກອນຂອງ Head Start, ເຂດສຶກສາ ຫຼື ESD ໃນອະນາຄົດຂອງລູກທ່ານ, ບໍລິສັດປະກັນໄພ, ທັນຕະແພດຂອງເດັກ, ອົງການປະສານງານການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ/ຫຼື ອົງການດູແລເບິ່ງແຍງແຂ້ວທີ່ມີ ປະຫວັດທາງການແພດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສໍາເນົາ "ແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ". ການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວແມ່ນພ້ອມໃຫ້ບໍລິການໃນເວັບໄຊຂອງ All Smiles Community Oral Health ທີ່ <a href="https://AllSmilesCOH.org/forms">AllSmilesCOH.org/forms</a>. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າສຸຂະອະນາໄມຂອງແຂ້ວ ຫຼື ນັກສຶກສາພະຍາບານທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸມງານຢ່າງໃກ້ຊິດຈາກຜູ້ຊ່ວຍຊານແຂ້ວທີ່ມີໃບທະບຽນອາດໃຫ້ການປຶ້ມບົວ.</p> <p>ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ: _____ ວັນທີ: _____</p> |                                     |

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại nha [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

注意：此表格可通過以下網址獲得中文版本: [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

ບັບປຸງເດືອນພຶດສະພາ 2024



# Free Dental Screening/Fluoride Varnish Program Permission Slip

Free dental screenings and fluoride varnish services are now offered at your child's school. Fluoride varnish is a quick and easy way to protect teeth from cavities. The screening and fluoride varnish are done by dental care professionals up to four times a year.

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| Child's Name: _____                                     |
| (Last) (First) (Preferred Name)                         |
| Child's Date of Birth (mm/dd/yy): _____ / _____ / _____ |
| School: _____                                           |

**Dental Screening: A quick look inside the mouth to check the overall health of teeth.**

☐ YES ☐ NO

**Fluoride Varnish: Applied to teeth to prevent cavities.**

☐ YES ☐ NO

**If Yes, Please Complete and Sign Below:**

|                                 |                                                                              |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contact Information</b>      |                                                                              |
| Parent/Guardian Name:           | Preferred Language:                                                          |
| Best phone number to reach you: | Permission to Text: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Email address:                  |                                                                              |
| Mailing address:                |                                                                              |

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

|                                                       |                                |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|
| My child is taking (list medications):                | None: <input type="checkbox"/> |
| My child is allergic to:                              | None: <input type="checkbox"/> |
| Any current medical problems:                         | None: <input type="checkbox"/> |
| Other information to help us better serve your child: | None: <input type="checkbox"/> |

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

|                                                                                                                                                                                                                |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Health Insurance:<br><input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____<br><input type="checkbox"/> Private dental insurance company _____<br><input type="checkbox"/> No health insurance | These services are <b>FREE!</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|

As the legal parent/guardian, I hereby consent to the release and exchange of information, including any relevant personal health information regarding the services provided, between the dental staff, Head Start staff, your child's future school district or ESD, 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." Privacy Practices are available on the All Smiles Community Oral Health website [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms). I also understand a dental hygiene or nursing student closely supervised by a licensed dental professional may provide treatment.

**Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

Внимание: эта форма доступна на русском языке по адресу [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

Chú ý: Mẫu này có sẵn bằng tiếng Việt tại nhà [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

注意：此表格可通過以下網址獲得中文版本: [AllSmilesCOH.org/forms](https://AllSmilesCOH.org/forms)

Revised May 2024

## 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.