

Aviso de No Discriminación y Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística y de Ayudas y Servicios Auxiliares

D Street Dental (Steve Truman DDS Inc) — D Street Dental, San Rafael, California

Nuestro Compromiso

D Street Dental (Steve Truman DDS Inc) ("nosotros", "nos" o "nuestro consultorio") **cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.** Lo hacemos de conformidad con la **Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act)** y, conforme a la ley de California, con la **Ley de Derechos Civiles Unruh (Unruh Civil Rights Act)** y el **Código de Gobierno de California §11135 (California Government Code §11135).**

En lenguaje sencillo: no tratamos a las personas de manera injusta o diferente por motivos de:

- **Raza**
- **Color**
- **Origen nacional** (incluido el idioma que usted habla)
- **Edad**
- **Discapacidad**
- **Sexo** — incluidos los estereotipos de sexo, las características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), el embarazo o condiciones relacionadas (como el parto, la interrupción del embarazo y la recuperación), la orientación sexual y la identidad de género

Brindamos atención y servicios a todas las personas de la misma manera. No negamos servicios ni tratamos a ninguna persona de manera diferente por ninguna de las razones enumeradas anteriormente.

Ayuda Gratuita que Ofrecemos

Brindamos la siguiente ayuda **de forma gratuita** a cualquier persona que la necesite.

Si usted tiene una discapacidad

Brindamos ayudas y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas

- Información escrita en otros formatos que usted pueda usar (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

Si su idioma principal no es el inglés

Brindamos ayuda lingüística gratuita para que usted pueda entendernos y hablar con nosotros, tal como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en su idioma

Cómo Solicitar Estos Servicios

Si usted necesita cualquiera de las ayudas descritas anteriormente, comuníquese con la persona que se indica a continuación. Esta ayuda no tiene ningún costo.

Nota para el consultorio: Conforme al reglamento de la Sección 1557 de 2024, la designación de un Coordinador de la Sección 1557 solo es obligatoria para las entidades cubiertas con **15 o más empleados. Confirme su número actual de empleados antes de finalizar.** Si el consultorio tiene menos de 15 empleados, no se requiere un "Coordinador" formal — en su lugar, puede designar a una persona de contacto responsable (por ejemplo, el Oficial de Privacidad o el gerente de la oficina) y los mecanismos de queja que se describen a continuación pueden simplificarse. En cualquier caso, el contenido del aviso y las vías de queja ante la OCR/el estado siguen aplicando.

Contacto de Derechos Civiles (Coordinador de la Sección 1557, si corresponde)

- **Nombre / Cargo:** [nombre del coordinador o contacto, cargo — p. ej., Dr. Steve Truman]
- **Dirección:** 1099 D Street, San Rafael, CA 94901
- **Teléfono:** (510) 883-3011
- **Correo electrónico:** stevetrumandds@dstreetdental.com
- **TTY / Retransmisión (Relay):** 711 o marque **711** (retransmisión nacional)

Cómo Presentar una Queja (una Reclamación ante Nuestro Consultorio)

Si usted considera que no le brindamos estos servicios, o que lo tratamos de manera injusta por motivos de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluidos los estereotipos de sexo, las características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), el embarazo o condiciones relacionadas, la orientación sexual o la identidad de género), usted puede presentar una queja (una reclamación) ante nuestro Contacto de Derechos Civiles.

Usted puede presentar su queja de cualquiera de estas maneras:

- **En persona** — en 1099 D Street, San Rafael, CA 94901
- **Por correo postal** — al contacto en la dirección indicada anteriormente
- **Por teléfono** — al (510) 883-3011 (TTY: 711 o marque 711)
- **Por correo electrónico** — a stevetrumandds@dstreetdental.com

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Contacto de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. Presentar una queja no cambiará la manera en que lo tratamos ni la atención que usted recibe.

Cuando presente la queja, utilice esta lista de verificación para que tengamos lo que necesitamos para investigarla:

- ☐ Su nombre y cómo comunicarse con usted (teléfono, dirección postal o correo electrónico)
- ☐ La fecha en que ocurrió el problema (o aproximadamente cuándo ocurrió)
- ☐ Una descripción de lo que sucedió y quiénes estuvieron involucrados
- ☐ Qué tipo de ayuda o resultado está solicitando
- ☐ Si usted necesita un intérprete, un formato específico u otra ayuda para participar en la revisión

Usted puede presentar una queja ante nuestro consultorio y una reclamación de derechos civiles ante una agencia gubernamental (federal o estatal) al mismo tiempo. No tiene que presentarla primero ante nosotros.

Cómo Presentar una Reclamación ante el Gobierno de los EE. UU.

Usted también puede presentar una reclamación de derechos civiles ante la **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)**.

- **En línea:** Portal de Quejas de la OCR en ocrportal.hhs.gov
- **Por correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de reclamación están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Cómo Presentar una Reclamación ante el Estado de California

Debido a que somos un consultorio de California, usted también puede presentar una reclamación ante el **Departamento de Derechos Civiles de California (California Civil Rights Department, CRD)** (anteriormente el Departamento de Empleo y Vivienda Justos, Department of Fair Employment and Housing), que hace cumplir la Ley de Derechos Civiles Unruh (Unruh Civil Rights Act).

- **En línea:** calcivilrights.ca.gov
- **Por teléfono:** 1-800-884-1684 (TTY: marque 711)

Si nuestro consultorio tiene contrato con **Medi-Cal / Denti-Cal**, usted también tiene derecho a servicios gratuitos de intérprete y a materiales en los idiomas de umbral (threshold languages) conforme a las normas del **Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services, DHCS)**, y puede plantear inquietudes ante su plan de Medi-Cal/Denti-Cal. **[Consultorio: confirme si participa en Medi-Cal/Denti-Cal y elimine este párrafo si no participa.]**

Publicación y Distribución (Instrucciones para el Consultorio)

Esta sección es para el personal de la oficina — no forma parte del aviso dirigido al paciente, pero el aviso no cumple con la normativa hasta que se completen estos pasos.

Para cumplir con los requisitos de la Sección 1557, este aviso (y las consignas lingüísticas, taglines, que aparecen a continuación) deben:

- [] **Publicarse en un lugar físico visible** donde el consultorio interactúa con el público (por ejemplo, el área de recepción/registro).
- [] **Publicarse en la página de inicio del sitio web del consultorio** (o enlazarse claramente desde ella).
- [] **Incluirse en las publicaciones y comunicaciones importantes** que el consultorio envía a los pacientes (por ejemplo, manuales para pacientes, paquetes de admisión y materiales similares).
- [] **Proporcionarse al menos una vez al año y cuando se solicite**, y a cada paciente en un punto de contacto pertinente (por ejemplo, en la admisión).

El **Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística y de Ayudas y Servicios Auxiliares** independiente debe aparecer en los **15 idiomas principales hablados por personas con dominio limitado del inglés en California** (consulte las consignas lingüísticas, taglines, a continuación) y acompañar las publicaciones anteriores.

Fecha de Vigencia y Control de Versiones

- **Fecha de vigencia:** 26 de junio de 2026
- **Versión / revisión:** [número de versión, p. ej., v1.0]
- **Última revisión / actualización:** 26 de junio de 2026
- **Frecuencia de revisión:** Este aviso se proporciona **al menos una vez al año y cuando se solicite**.

Este aviso **no caduca** y **no puede ser revocado por el paciente**. Es una declaración unilateral de sus derechos, no un formulario de consentimiento ni una autorización, por lo que las reglas de caducidad y revocación que aplican a una autorización de HIPAA no aplican aquí. Permanece vigente hasta que lo reemplacemos con una versión revisada (consulte el número de versión indicado arriba).

Asistencia Lingüística — Consignas (Taglines)

Nota para el consultorio: Las cinco consignas (taglines) que aparecen a continuación están redactadas. Los idiomas restantes se enumeran como una lista de verificación porque deben **traducirse completamente e insertarse antes de que este aviso se finalice, publique o distribuya**. Los marcadores entre corchetes no cumplen con la normativa tal como están — cada idioma requerido debe aparecer en su propio texto traducido en la versión final.

English ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (510) 883-3011 (TTY: 711 or dial 711).

Spanish (Español) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (510) 883-3011 (TTY: 711 o marque 711).

Chinese (繁體中文) 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 (510) 883-3011 (TTY：711 或撥打 711)。

Vietnamese (Tiếng Việt) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (510) 883-3011 (TTY: 711 hoặc bấm 711).

Tagalog (Tagalog — Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (510) 883-3011 (TTY: 711 o i-dial ang 711).

Idiomas restantes entre los 15 principales de California — OBLIGATORIOS antes de finalizar

Las consignas (taglines) en los siguientes idiomas **deben traducirse completamente a cada idioma e insertarse aquí** antes de que este aviso se publique o distribuya. Use la redacción estándar:

"ATTENTION: If you speak [language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call (510) 883-3011 (TTY: 711 or dial 711)."

- [] Korean (한국어)
- [] Armenian (Հայերեն)
- [] Persian / Farsi (فارسی)
- [] Russian (Русский)
- [] Japanese (日本語)
- [] Arabic (العربية)

- [] Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ)
- [] Khmer (ខ្មែរ)
- [] Hmong (Hmoob)
- [] Hindi (हिन्दी)
- [] Thai (ไทย)
- [] Mien — **[verifique si el mien debe incluirse en su lista final]**

Verifique la lista en sí. Los 11 idiomas anteriores son un borrador de trabajo, no un conjunto final confirmado. Antes de finalizar, confirme exactamente los "15 principales" comparándolos con la lista **actual** de HHS/OCR de los 15 idiomas principales en California **y** con la **lista de idiomas de umbral (threshold-language list)** de Medi-Cal de DHCS/DMHC para el Condado de Marin y a nivel estatal (estas listas se actualizan periódicamente y pueden incluir o excluir idiomas que se muestran aquí — el mien, por ejemplo, es un idioma de umbral en algunos condados de California). No asuma que esta lista es definitiva.

Traducción Completa del Aviso (Idiomas de Umbral / Threshold Languages)

Nota para el consultorio — acceso significativo. En San Rafael/Marin, **el español es un idioma de umbral (threshold language)**. Una consigna (tagline) de una sola línea por sí sola no le da a un paciente con dominio limitado del inglés acceso al contenido sobre quejas y reclamaciones que aparece arriba. Debe estar disponible una **versión traducida completa de todo este aviso** (no solo la consigna/tagline) **en español, y en otros idiomas de umbral cuando se solicite.** Inserte o adjunte aquí la traducción completa al español antes de finalizar: **[traducción completa al español de este aviso — pendiente de agregar].**

Acuse de Recibo (Opcional)

Importante — por favor lea. Firmar esto es opcional. Su firma a continuación solo confirma que usted **recibió una copia** de este aviso. **No** es un formulario de consentimiento, contrato ni renuncia a ningún derecho. **Su atención no depende de firmar, y la decisión de no firmar no afectará su tratamiento de ninguna manera.** (Cuando sea práctico, el consultorio puede conservar esta hoja de seguimiento de recibo como una página separada del aviso de derechos anterior.)

Al firmar a continuación, confirmo que recibí una copia de este Aviso de No Discriminación y Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística y de Ayudas y Servicios Auxiliares.

Paciente / Parte responsable

- Firma: _____
- Nombre en letra de molde: _____
- Fecha: _____

Para un paciente menor de edad — padre/madre o tutor legal

- Firma del padre/madre / tutor legal: _____
- Nombre en letra de molde: _____
- Relación con el paciente: _____
- Nombre del paciente menor de edad: _____
- Fecha: _____

Solo para uso del consultorio

- Recibido por (nombre del personal): _____
- Fecha: _____
- ¿Se proporcionó intérprete o formato accesible? ☐ Sí ☐ No — Si la respuesta es sí, describa:

- ¿El paciente se negó a firmar (sin afectar la atención)? ☐ Sí ☐ No