

Gage Family Dental

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACION.

LEALO DETENIDAMENTE.

CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD.

NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información de salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que describimos en este aviso mientras este vigente. Este aviso entra en vigencia el 1 / 1 / 07 , y continuara vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dicha ley aplicable permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información de salud que mantendremos, incluida la información de salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer ningún cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible al pedirlo.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener mas información sobre nuestras practicas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, pongase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACION DE SALUD

Utilizamos y divulgamos la información de salud acerca de usted para el tratamiento, pago y operaciones de atención medica.

TRATAMIENTO: Podemos utilizar su información de salud para tratamiento o divulgarla a un dentista, medico u otro especialista medico que le de tratamiento.

PAGO: Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted. También podemos divulgar su información de salud a otro proveedor o entidad de atención medica que este sujeto a las reglas federales de privacidad en cuanto a sus pagos.

OPERACIONES DE ATENCION MÉDICA: Podemos usar y divulgar su información de salud para sus operaciones de atención medica. Las operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad de actividades de mejoría, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud, evaluación de practicantes y desempeño de proveedores, programas de capacitación,

acreditación, certificación, licencias o actividades para obtener credenciales. Podemos divulgar su información de salud a otro proveedor u organización de atención médica que este sujeto a las reglas federales de privacidad y que tenga una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones de atención médica. Podemos divulgar su información para ayudar a estas organizaciones a realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejoras, evaluar la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, o detectar o prevenir el fraude y abuso en lo que respecta a la salud.

ACERCADE SU AUTORIZACION: Puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquiera para algún fin. Si no entrega una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectara ningún uso ni divulgación que permita su autorización mientras este vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

A SU FAMILIA Y AMIGOS: Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención. Antes de divulgar su información de salud a estas personas, le daremos la oportunidad de objetar al uso o a la divulgación. Si no esta presente, o en caso de que tenga una incapacidad o emergencia, divulgaremos su información de salud basándonos en nuestro juicio profesional o en que la divulgación sea lo que mas le convenga a usted. Podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la practica común para hacer inferencias razonables de lo que mas le conviene al permitir a una persona recoger medicamentos recetados, suministros medicos, radiografías u otros artículos con información de salud. Podemos usar o divulgar información acerca de usted para notificar o asistir en la notificación de una persona que participe en su atención, de su ubicación y estado general.

RECORDATORIOS DE CITAS: Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

RECUPERACION DE DESASTRES: Podemos usar o divulgar su información de salud a una identidad publica o privada autorizada por la ley o por sus estatutos a asistir en labores de recuperación de desastres.

BENEFICO PUBLICO: Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los fines siguientes considerados de interés de beneficio público:

- Según lo exija la ley
- Para actividades de salud publica, incluidos informes de enfermedades y estadísticas vitales, informes de abuso infantil, supervisión de la FDA y a los empleadores en lo que respecta a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- Para informar abuso de un adulto, negligencia o maltrato domestico.
- A agencias supervisores de la salud.
- En respuesta a ordenes judiciales y administrativas y otros procesos legales.
- A oficiales de policia en cuanto a citaciones judiciales y otros procesos legales, referentes a victimas de delitos, muertes sospechosas, crímenes en nuestro recinto, informar crímenes en emergencias y para fines de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona.
- A investigadores, médicos forenses y agentes funerarios.
- A organizaciones de consecución de órganos
- Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.
- En relación con ciertas actividades de investigación
- A las fuerzas armadas y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional.
- A instituciones correccionales en cuanto a reos.

- Según lo autoricen las leyes de compensación de trabajadores de estado.

DERECHOS DEL PACIENTE

ACCESO: Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede pedirnos que le entreguemos copias en otros formatos, no solamente copias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo en forma práctica. Puede pedir por escrito obtener acceso a su información de salud. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si pide copias, le cobraremos un costo razonable que puede incluir mano de obra, costos de copia y franqueo. Si pide un formato alternativo, le cobraremos un costo por darle información de salud en ese formato. Si lo prefiere, podemos preparar, aunque no estamos obligados a hacerlo, un resumen o una explicación de su información de salud con un cargo. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso para recibir más información sobre cobros.

DIVULGACIONES EFECTUADAS: Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en que nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud en los últimos 6 años (pero no antes del 14 de abril del 2003). Dicha lista no incluirá divulgaciones para pago de tratamientos, operaciones de atención médica; según lo autorice usted, y para ciertas otras actividades. Si solicita estos datos más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle un costo razonable por responder a estas solicitudes adicionales. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final del aviso para recibir más información sobre los cobros.

RESTRICCIÓN: Usted tiene derecho a pedir que coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No se nos exige aceptar estas restricciones adicionales, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (salvo caso de emergencia). Todo acuerdo que aceptemos de restricciones adicionales debe estar por escrito y firmado por una persona autorizada para validar este acuerdo en nuestra representación. Su solicitud no es obligatoria a menos que nuestro acuerdo sea por escrito.

OTROS TIPOS DE COMUNICACIÓN: Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otros lugares. Debe hacer su petición por escrito. Debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a como pagara por estos otros medios o la otra ubicación que pide.

ENMIENDA: Tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por que debemos enmendar la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Si desea mas información sobre nuestras practicas o tiene preguntas o inquietudes, pónganse en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso.

Si cree que:

- Podemos haber violado sus derechos de privacidad
- Tomamos una decisión sobre el acceso a su información de salud incorrectamente

- Nuestra respuesta a una petición que hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud fue incorrecta
- Debemos comunicarnos con usted por otros medios o en otros lugares.

Puede dirigirse a nosotros usando la información indicada mas abajo. Puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U. (U.S. Department of Health and Human Services) Le daremos la dirección donde presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.U.U. si la solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represarías de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services)

PERSONA DE CONTACTO: Dr. Diana Zinberg, D.D.S.

TELEFONO: (323) 588-8252 **FAX:** (323) 588-2199

CORREO ELECTRONICO: gagefamilydental@yahoo.com

DIRECCION: 2629 E. Gage Ave Huntington Park, CA 90255

Gage Family Dental

Notificación Sobre el Aviso Recibido de las Prácticas Privadas

Su nombre y firma en esta página indica que usted a recibido una copia de la Información de Praticas Privadas.

PUEDE RECHAZAR FIRMAR ESTA CONFIRMACION

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Practicas Privacidad de este consultorio.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha de aviso recibida: _____

Solo para uso del consultorio/For Office Use Only

- Hemos intentado obtener acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad, pero no hemos podido obtener la confirmacion porque:
- El individuo rechazo firmar
- Problemas de comunicacion no permitieron obtener la confirmacion

Una situacion de emergencia nos inpido obtener la confirmacion

Otras (Indique, por favor):

Los dentistas y su personal pueden reproducir este formulario. Cualquier otro uso, duplicacion de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobacion por escrito de la American Dental Association. Este formulario es meramente informativo, no constituye asesoramiento legal y cubre solamente la ley federal, no la estatal. Las ulferios modificaciones legales o reguladoras pueden implicar una revision. Los dentista deberan ponerse en contacto con sus asesores juridicos con el fin fe cumplir la HIPPA la ley HITECH (Ley de tecnologia de Informacion de la Salud para la Salud Economica y Clinica) y las Normas y reglamentos del departamento de Servicios Sociales y de Salud.

2010 American Dental Association. All rights reserved.