

Aviso De El Uso De Informacion/Conforme a HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO LA MISMA. FAVOR DE LEERLA CUIDADOSAMENTE.

Entendemos que su información medica y su salud son personales y estamos comprometidos a proteger su información médica. ISP incluye información individual sobre su pasado, presente o condiciones de salud futuras, las estipulaciones de su cuidado médico, o pagos por tal cuidado son considerados como “Información de Salud Protegida” (“ISP”).

Nuestro Uso y Divulgación Permitida de su Información de Salud Protegida.

Usamos y divulgamos su ISP para tratamientos, pagos, y operaciones para el cuidado de la salud.

Tratamiento: Su ISP puede ser revelado a su proveedor de seguro medico, nuestro dentista(s), y otros proveedores dentales para fines de su tratamiento. Por ejemplo, su dentista puede desear proveer un servicio dental pero antes tiene que obtener información de su proveedor de seguro para saber si el servicio ha sido proveído previamente.

Pago: Divulgamos su ISP para poder cumplir nuestra obligación de verificar su cobertura, determinar sus beneficios, y asegurar pagos por servicios rendidos a usted. Por ejemplo, usaremos su ISP para poder pedir que su reclamo sea procesado por su proveedor de seguro.

Operaciones de atención medica: Divulgamos su ISP como parte de ciertas operaciones para la mejora de calidad de servicio. Por ejemplo, podemos usar su ISP para evaluar la calidad de servicio dental que desempeñamos. Es posible que los patrocinadores de su plan de salud nos soliciten su ISP. Si eso pasara tenemos la intención de honrar la solicitud a menos que esté prohibido por la ley.

Podemos divulgar su ISP sin su autorización por algunas otras razones. Sujeto a ciertos requisitos, podemos dar a conocer su ISP sin su autorización por razones de salud pública, con propósito de auditoría, al igual que investigaciones y emergencias. Proveemos su ISP cuando somos requeridos por la ley, como a las autoridades en circunstancias especificas o para procedimientos judiciales e administrativos. En

cualquier otra situación, le pediremos su autorización escrita antes de divulgar su ISP. Si usted elige firmar una autorización para permitir la divulgación de su ISP, usted podrá después revocar esa autorización para detener cualquier uso o divulgación futura (no incluyendo a tratamientos, pagos, y operaciones de atención médica) Podemos cambiar nuestra póliza en cualquier momento. Antes de hacer algún cambio significativo a nuestras pólizas, cambiaremos nuestro aviso y le enviaremos el nuevo aviso. También, puede usted pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento.

Derechos Individuales

En la mayoría de casos, usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de su ISP. Usted también tiene el derecho de recibir una lista de instantes donde hemos divulgado su ISP sin autorización escrita por razones que no incluyan a tratamientos, pagos, u operaciones de atención médica. Si usted cree que su archivo esta incorrecto o si alguna información importante falta, usted tiene el derecho a pedir que se corrija o que se agregue la información. Puede solicitar por escrito que no usemos su ISP para tratamientos, pagos, y operaciones de salud a menos que usted específicamente nos lo autorice o sea requerido por ley o en circunstancias de emergencia.

Quejas

Si usted está preocupado(a) de que le hayamos violado su derecho a la privacidad, o no esté de acuerdo con la decisión que tomamos sobre el acceso de su archivo, puede contactar la dirección que aparece a continuación. Usted también puede escribir su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos E.U. El Servicio al Cliente le puede proveer con la dirección correspondiente a su solicitud.

Nuestro Dever Legal

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información, proveer este aviso concerniente a nuestro procedimiento de información y ejercer las pólizas descritas en este aviso. Si desea revisar su expediente, recibir un lista divulgaciones, o corregir o agregar información a su archivo, o si tiene alguna pregunta, queja, preocupación, favor de contactar a:

Cabazon Pediatric Dentistry
2421 Cabazon Blvd SE #101
Rio Rancho, NM 87124

RECONOCIMIENTO

USTED PUEDE REUSAR FIRMAR ESTA RECONOCIMIENTO

Por este medio certifico que he recibido una copia de la Practica de Privacidad de
Cabezon Pediatric Dentistry

Nombre Escrito de el Recipiente _____

Fecha _____

Firma _____

Solo para uso oficial

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad de la persona anteriormente mencionada, pero no se pudo obtener debido a que:

El individuo se negó a firmar.

Las barreras de comunicación impidieron obtener la confirmación. Una emergencia nos impidió obtener la confirmación.

Otra.