

Notificación de Practicas de Privacidad

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN LA QUE SU HISTORIAL MÉDICO PODRÍA SER UTILIZADO Y COMPARTIDO, Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE LOGRAR ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA DETENIDAMENTE.

Política de Privacidad

Comprendemos que el historial médico sobre usted y su salud es información personal y nos comprometemos a proteger su historial médico. La información de salud protegida (“Información de Salud protegida” o “PHI”) incluye información individual identificable sobre su pasado, o salud o condición futura, atención medica proporcionada a usted, y/o detalles de pagos hechos por dicha atención médica.

Nuestro Deber Legal

Por ley tenemos el deber de proteger la privacidad de su información, proporcionar la presente notificación sobre nuestras prácticas de información, y seguir las prácticas de información descritas en el presente documento. Si usted desea inspeccionar su historial, recibir una lista de publicaciones, o corregir o agregar a la información de su historial, o si tiene alguna pregunta, queja, o duda, por favor contacte a nuestra oficina.

Usos y Publicaciones Permitidas de su Información de Salud Protegida:

Usos permitidos los cuales no requieren de su autorización específica y expresa.

Tratamiento: Podríamos compartir su PHI con su compañía aseguradora, nuestro(s) dentista(s), y otros médicos o dentistas con propósitos de tratamiento. Por ejemplo, antes de proporcionar un servicio o tratamiento, su dentista podría requerir de buscar información sobre su compañía aseguradora para determinar si el servicio o tratamiento ha sido proporcionada anteriormente, o si un servicio o tratamiento requiere de autorización previa.

Pago: Podríamos compartir su PHI para verificar la cobertura de su seguro, determinar sus beneficios, y para enviar el cobro por servicios proporcionados a usted. Por ejemplo, utilizamos su PHI para procesar los cobros con su compañía aseguradora.

Operaciones de Cuidado de la Salud: Nosotros utilizamos y podríamos compartir su PHI como parte de ciertas operaciones, tales como el mejoramiento de calidad. Por ejemplo, podríamos utilizar su PHI para evaluar la calidad de los servicios dentales que se le proporcionaron. El patrocinador de su plan de salud podría solicitar su PHI a nuestra oficina. Si se nos es requerido, tenemos la intención de otorgar dichos requerimientos, a menos de que la ley lo prohíba.

Otras Publicaciones: Podríamos utilizar o compartir su PHI sin su autorización específica y expresa por varias razones. Dependiendo de ciertos requerimientos, podríamos compartir su PHI con propósitos de Salud Pública, auditorias, estudios de investigación, y en caso de emergencia. Proporcionamos PHI cuando la ley lo requiere, como lo es para el departamento de policía en circunstancias específicas, o para procesos administrativos o judiciales. En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito, antes de utilizar o compartir su PHI. Si usted decide firmar una autorización para permitir la publicación de su PHI, usted puede invalidar dicha autorización en cualquier momento, para detener usos o publicaciones futuras, aparte de los usos permitidos listados anteriormente. También podríamos utilizar o compartir su PHI con el propósito de contactarle directamente para seguimiento de tratamientos, programación de citas, o para notificarle sobre ofertas promocionales, o información general por teléfono, correo, o email.

Derechos Individuales

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver o recibir una copia de su PHI. Usted también tiene el derecho de recibir una lista de instancias en las cuales hemos compartido su PHI sin su consentimiento escrito por razones ajenas al tratamiento, pago, u operaciones de cuidados de la salud. Si usted cree que la información en su historial es incorrecta o que existe información importante la cual no ha sido incluida, usted tiene el derecho de solicitar que dicha información sea corregida o agregar la información faltante. Usted podría solicitar por escrito que no utilicemos o compartamos su PHI para tratamiento, pagos u operaciones de cuidados de la salud, excepto cuando sea específicamente autorizado por usted, cuando lo requiera la ley o en circunstancias de emergencia. Nosotros consideraremos su solicitud, pero podríamos no estar legalmente obligados a otorgarla. Usted también tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternos o en lugares alternos, si expresa claramente por escrito que la publicación de todo o parte de su PHI por medios particulares o en lugares particulares, podría presentar un peligro para usted.

Quejas

Si usted siente que hemos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con la decisión que hemos tomado sobre su acceso a su historial, usted puede contactarnos en la dirección listada a continuación y solicitar una cita para hablar con el Oficial de Privacidad. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Servicio al Cliente puede proporcionarle la dirección apropiada si lo solicita. No le negaremos tratamiento, ni tomaremos represalias en su contra por enviar una queja, ya sea con nosotros o cualquier entidad gubernamental.

Cambios a la Política

Podríamos cambiar nuestras Políticas en cualquier momento. Si hacemos cambios a nuestra Notificación de Practicas de Privacidad, publicaremos una versión actualizada en nuestra(s) pagina(s) web. Usted puede revisar u obtener una copia en nuestra(s) pagina(s) web, o puede solicitar una copia por escrito.

Confirmación de Notificación de Practicas de Privacidad

USTED PODRÍA NEGARSE A FIRMAR LA PRESENTE CONFIRMACIÓN

Por medio de la presente certifico que he recibido una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad por parte de la oficina listada a continuación:

Nombre Escrito del Beneficiario _____

Fecha _____ Firma _____

Para Uso Administrativo Solamente:

Hemos intentado obtener confirmación por escrito de la recepción de nuestra Notificación de Practicas de Privacidad por parte de la persona o beneficiario anteriormente mencionado, sin éxito debido a que:

___ El individuo se negó a firmar

___ Barreras de comunicación impidieron la obtención de dicha confirmación

___ Una emergencia no permitió la obtención de dicha confirmación

___ Otro _____