

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo nuestra práctica puede usar y compartir su información de salud con otros para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para ver y modificar su información de salud protegida ("PHI"). La información PHI es información sobre usted y los servicios que ha recibido. Esto incluiría información como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, diagnóstico, tratamiento u otra información que podría identificarlo a usted y su salud física o mental pasada, presente o futura o el tratamiento que recibe.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Su información PHI podría ser usada y compartida por su médico, nuestro personal del consultorio y otros fuera de nuestro consultorio que están involucrados en su cuidado y tratamiento para el propósito de proveerle servicios de cuidado de salud, pagar nuestras reclamaciones para el cuidado de salud provisto a Usted, y cualquier otro uso permitido o requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y compartiremos su información PHI para proveer, coordinar, o gestionar su cuidado de salud y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con un tercero (por ejemplo, enviar la información PHI a un especialista como parte de un referido/derivación).

Pago: Su información PHI será usada, como sea necesario, para recibir pagos para reclamaciones relacionadas a los servicios provistos a Usted. Por ejemplo, el obtener aprobación para una estadía hospitalaria podría requerir que su información PHI sea compartida con el plan de salud para obtener aprobación para la admisión en el hospital. O al enviar información de facturación a su compañía de seguros o pagador estatal como Medicaid o Medicare. También podríamos divulgar su PHI a nuestros socios como la compañía de facturación, la compañía de procesar reclamaciones, y otros terceros que procesan reclamaciones del seguro.

Operación de la Compañía: Podríamos usar o divulgar, como sea necesario o apropiado, su información PHI para apoyar nuestras operaciones del cuidado de salud. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes médicos, licenciamiento, auditorías o inspecciones de supervisión de salud, actividades de mercadeo y recaudación de fondos, y realizar o hacer arreglos para otras actividades comerciales. Además, podríamos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. También podríamos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verle. También podríamos proveer su PHI a nuestros abogados, contadores y consultores para asegurar de que cumplimos con las leyes aplicables.

Recordatorios de Citas: Podríamos usar y divulgar su información PHI para contactarle y recordarle sus citas médicas por teléfono o correo electrónico.

Alternativas de Tratamiento: Podríamos usar y divulgar su información PHI para informarle de posibles opciones de tratamiento y beneficios y servicios relativos a su salud que podrían ser de su interés.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES

Como se describe abajo podríamos usar y divulgar su información PHI en varias otras situaciones sin su autorización.

Como sea Requerido por la Ley: Podríamos divulgar su información PHI cuando así sea requerido bajo la ley federal, estatal o local.

Para Actividades de Salud Pública: Podríamos divulgar su información PHI a la salud pública u otras autoridades cargadas con la prevención o el control de enfermedades, heridas y discapacidades o cargadas con la colección de datos de la salud pública.

Abuso y Negligencia: Podríamos divulgar su información PHI a oficiales públicos quienes están autorizados por la ley a recibir informes relativos a abuso, negligencia y violencia doméstica.

Actividades de Supervisión de Salud: También podríamos divulgar su información PHI a organizaciones que proveen supervisión de establecimientos y servicios de cuidado de salud, tales como agencias gubernamentales y programas de beneficios.

Para Procedimientos Legales: Podríamos divulgar su información PHI en el curso de procedimientos judiciales o administrativos, incluyendo en respuesta a una citación u orden de la corte.

Para Propósitos de Cumplimiento de la Ley: Podríamos divulgar su información PHI a oficiales de cumplimiento de la ley en determinadas circunstancias donde sospechamos conducta criminal o para informar un crimen en nuestras instalaciones o en situaciones de emergencia.

A Forenses y Para Donación de Órganos: Podríamos divulgar su información PHI a forenses o examinadores médicos para el propósito de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o como se requiera de otro modo. También podríamos divulgar su información PHI a directores funerarios, como sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.

Para Investigación: Podríamos divulgar su información PHI a investigadores si un consejo de revisión institucional ha aprobado tales divulgaciones debido a que se han tomado los resguardos adecuados para asegurar la protección de su información PHI.

Para Evitar Daños Serios: Podríamos divulgar su información PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a la seguridad y salud del público o una persona, incluyendo usted mismo.

Funciones del Gobierno: Podríamos divulgar su información PHI a oficiales militares si usted es un miembro militar activo o para determinar la elegibilidad y/o beneficios de veteranos. Podríamos también divulgar su información PHI por seguridad nacional, actividades de inteligencia, la protección del Presidente, y para determinar la adecuación de oficiales para trabajar en una oficina pública. Si usted es un recluso de un establecimiento correccional, podríamos divulgar su información PHI a los oficiales del establecimiento correccional.

Compensación Laboral: Podríamos divulgar su información PHI según estemos autorizados para cumplir con las leyes de compensación laboral o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo.

Seville Dental Group
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS Y REQUERIDAS

Los otros usos y divulgaciones no descritos en esta notificación solo se harán con su autorización u oportunidad a objetar a menos que sea requerido por la ley. Esto incluye la mayoría de los usos y divulgaciones de notas psicoterapéuticas (cuando corresponda), usos y divulgaciones para propósitos de mercadeo, y divulgaciones que constituyen una venta de su información PHI. Usted puede cancelar cualquier autorización que acordó, en cualquier momento, por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección abajo.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos en relación a la información PHI.

Tiene el derecho de inspeccionar y solicitar una copia de su información PHI siempre que mantengamos su registro médico. Debe pedir la copia de su registro por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección abajo. Podríamos cobrarle un cobro razonable, según la ley de Kentucky, para el procesamiento de su solicitud y la copia de su registro. En determinadas circunstancias podríamos negarnos a su solicitud y usted podría tener derecho a solicitar que nuestra negación sea revisada. Depende la razón por la negación, otro profesional médico con licencia puede ser elegido por nosotros para revisar su solicitud y la negación asociada.

Tiene el derecho a solicitar una restricción de su información PHI. Esto significa que podría solicitarnos no usar o compartir cualquier parte de su PHI para el propósito de Tratamiento, Pago u Operaciones de cuidado de salud, excepto en casos de emergencia. También podría solicitar que cualquier parte de su PHI no sea divulgada a familiares, amigos u otros individuos que podrían estar involucrados en su cuidado. Si bien consideraremos cualquier solicitud razonable de restricciones, no estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que solicite una restricción de ciertas divulgaciones de su PHI a un plan de salud cuando haya pagado la totalidad de nuestros servicios sin cobrarle al plan de salud.

Tiene el derecho de solicitar que su información PHI sea comunicada a usted de forma confidencial. Esto incluye enviar un correo a una dirección distinta a la de su casa. Su solicitud debe indicar cómo o dónde desea ser contactado y debe ser mandada a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección abajo. Nosotros acomodaremos las solicitudes razonables. **Tiene**

el derecho de obtener una copia impresa de esta notificación de parte nuestra a pedido en cualquier momento.

Podría pedirnos una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.

Puede tener derecho a solicitar que enmendemos su PHI si cree que es incorrecta o está incompleta, siempre y cuando mantengamos su registro médico. Para solicitar que modifiquemos su información PHI, debe solicitarlo por escrito a nuestra oficina y explicar por qué es necesaria la modificación. Podemos denegar su solicitud si a) no hemos creado la PHI, b) la solicitud se refiere a información que no mantenemos, c) la solicitud se refiere a información que usted no tiene derecho a inspeccionar, como notas de psicoterapia, d) determinamos que su PHI es correcta y completa. Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y podemos preparar una respuesta a su declaración y proporcionarle una copia de esa respuesta. **Tiene el derecho de recibir una**

rendición de cuentas de determinadas divulgaciones, si las hay, de su información PHI.

La rendición de cuentas de divulgaciones no se aplica a las divulgaciones hechos para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud o para divulgaciones que le hemos hecho a usted o a su solicitud. La primera rendición de cuentas solicitada en un período de doce (12) meses es gratuita, pero podríamos cobrarle los costos de producir rendiciones de cuentas adicionales durante el mismo período de doce (12) meses. La solicitud para una rendición debe especifica las fechas aplicables y debe ser por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección abajo.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

Recibirá notificaciones de violaciones de su PHI no segura. Si su información PHI mantenida por nuestra oficina o sus socios comerciales ha sido violada, le notificaremos la situación y tomaremos medidas razonables para mitigar cualquier daño que pueda resultar de la violación.

Tiene derecho a presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestra oficina. Presentar una queja no afectará sus servicios de atención médica de ninguna manera.

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta notificación. Si hacemos revisiones, se le informará publicando la notificación revisada en el área de espera y en nuestro sitio web.

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información, proporcionar este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, seguir las prácticas descritas en este aviso y notificarle después de una violación de su información PHI no segura. Si tiene alguna pregunta o queja, comuníquese con nuestra oficina.

ACUSE DE RECIBO

Al firmar a continuación, reconoce que recibió, revisó y comprende el Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica escrito en un lenguaje sencillo. El aviso proporciona, en detalle, los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que esta práctica puede realizar, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos y las obligaciones legales de la práctica con respecto a mi información.

Entiendo que esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad, y de hacer cambios con respecto a toda la información de salud protegida residente en, o controlada por, esta práctica. Si se producen cambios en la política, esta práctica me proporcionará un Aviso de prácticas de privacidad actualizado a pedido.

Firma del paciente / tutor

(Si es tutor, escriba el nombre por favor)

Fecha