

## Ejecución De Notificación De Privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DENTAL MEDICA PERSONAL Y LA MANERA EN QUE EL PACIENTE PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

### **PORFAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE**

La Ley de la Transmisión y Responsabilidad de Seguros de Salud (“HIPPA”), de 1996 es un programa federal que requiere que todos los documentos dentales/medicos y otra información de salud referente al individuo y utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea electronicamente, en papel u oralmente sean confidencialmente portegidas. Esta ley le da usted, el paciente, nuevos derechos importantes de entender y controlar como se dispone de su información dental/medica. “HIPPA”, proporciona sanciones a las distintas entidades (que estan cubiertas por esta ley) por el mal uso de información dental/medica.

Segun requerido por “HIPPA” hemos preparado esta explicación de como se nos requiere mantener la privacidad de su información dental/medica y la manera en que podemos utilizar y reveler esta información. Nuestra oficina puede usar y reveler su expediente dental/medico solo en las siguientes situaciones: operaciones de tratamiento, pago y cuidado dental medico.

- **Tratamiento** significa proveer, coordinar o administrar cuidado dental/medico y servicios relaciones por uno o mas proveedores de cuidado de su salud o a un familiar con el cual usted nos autoriza compartir su información.

- **Pagos** significa actividades como obtener el reembolso por servicios, confirmar cobertura de seguro dental o actividades financieras.

- **Actividades Operacionales de cuidado de salud dental/medica** incluye los aspectos comerciales de manejar nuestra clinica como: determinar y mejorar la calidad de nuestros servicios, conducir funciones de auditoria, analisis de costos y administración, y servicio al cliene.

Ademas, nosotros podemos comunicarnos con usted para confirmar sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados a su salud dental o medica y servicios que le pudiean ser de interes. Cualquier otro uso o declaración sera hecho solo con su autorización escrita. Usted puede revocar tal autorizacion por escrito y nosotros estamos obligados ahonrar esta peticion escrita, except en el caso de que ya haymos tomado la acción especificada en su atuorización. Usted tiene los siguiente derechos con respecto a su información dental o medica protegida, los cuales usted puede ejercer presentando una petición escrita al Oficial de Privacidad.

- El derecho de pedir restricciones en algunos usos y revelacion de información medica protegida incluyendo revelaciones pertenecientes a miembros de familia u a otros parientes, amigos personales o cualquiere otra persona identificado por usted. Sin embargo, nosotros no estamos requeridos por ley a concordar con su peticion de restricción. Pero si acordamos con alguna restricción debemos obedecerla a menos que usted nos notifique por escrito de eliminarla.

- El derecho a peticiones razonables de recibir de nosotros comunicaciones confidenciales de su informacion privada por medios alternos o en localizaciones alternas.

- El derecho de inspeccionar y copiar su informacion dental of medica confidencial.

- El derecho de enmender su informacion dental o medica confidencial.

- El derecho de recibir una lista de revelaciones de su informacion dental o medical confidencial.

- El derecho de obtener por peticion de nuestra oficina una copia en papel de esta notificacion.

- Nuestra oficina tiene el derecho de cobrar un honorario razonable por localizer, copiar y/o mandar documentos dentales por correo.

Se le requiere a nuestra oficina por ley de mantener la privacidad de su informacion dental o medica protegida y de proveerle a usted notificacion de nuestros deberes legales y matenimiento de privacidad con respecto a la información dentalo medica protegida por ley. Esta notificación esta en efecto desde el 15 de Abril del 2003. Nuestra oficina esta requerida a seguir las restricciones de esta Ejecucion de Notificacion de Privacidad que estan en efecto actualmente. Tambien reservamos el derecho de cambiar las restricciones de nuestra Ejecucion de Notificación de Privacidad. Antes de hacer los cambios en la Notificacion de Privacidad, nosotros cambiaríamos la Notificaion presente y le podemos prover una copia de la nueva edicion de la Ejecucion de Notificacion de Privacidad si usted desea.

**Yo he recibido, leído, y entendido su Ejecución de Notificación de Privacidad que contiene una descripción completa de los usos y revelaciones de mi informacion dental o medica. Yo entiendo que esta oficina tiene el derecho de cambiar su Ejecución de Notificación de Privacidad y que yo puedo comunicarme con tal oficina para obtener una copia corriente de la Ejecución de Notificación de Privacidad. Yo entiendo que puedo pedir por escrito que su oficina limite como se utilize mi informacion particular para efectuar tratamientos, pagos, u operaciones de cuidado dental/medico. Ademas entiendo que su oficina no tiene que concordar con mis restricciones pedidas pero si la oficina no se opone a este pedido entonces esta obligada a obedecer tales restricciones.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_