

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La muestra de Aviso de Prácticas de Privacidad presenta ejemplos que la Ley de Confidencialidad (HIPAA) requiere que una práctica dental cubierta le de a el paciente sobre la privacidad dental de esa práctica. Una práctica dental debe consultar a un abogado calificado en la jurisdicción apropiada para determinar las provisiones que necesitan ser incluidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad para poder reflejar las pólizas particulares de privacidad de la práctica dental y para cumplir con cualquier ley estatal que aplique.





## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PODRÍA SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE ACCEDER ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Somos requeridos por ley mantener la privacidad de información protegida de salud, proveer individuales con avisos de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y notificar a los individuos afectados después de una violación de información de salud protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad que están descritas en este Aviso mientras este esté en vigencia. Este aviso toma efecto 7/1/2015, y estara en uso hasta que lo reemplacemos.

Reservamos los derechos de cambiar nuestra privacidad de práctica y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que tales cambios sean permitidos por la ley que aplique, y de hacer nuevas provisiones a el Aviso que serán efectivas para toda información que mantengamos de salud protegida. Cuando haríamos un cambio significativo a nuestra práctica de privacidad, cambiaremos este Aviso y publicaremos un Aviso nuevo claramente y prominente en nuestra ubicación de práctica, y daremos copias de el Aviso nuevo por petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor contáctenos usando la información lista en el final del Aviso.

---

### CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Nosotros podemos usar y revelar su información de salud por diferentes razones, incluyendo tratamiento, pagos, y operaciones de atención médicas. Para cada una de esas categorías, hemos proveído una descripción y un ejemplo. Alguna información, como información relacionada con VIH, información genética, records de alcohol y/o otro abuso de sustancias, y records de salud mental pueden tener derechos a protecciones de confidencialidad especiales bajo leyes aplicables de estado y federal. Nosotros cumpliremos con todas estas protecciones especiales en los casos que pertenecen a estos tipos de records.

**Tratamiento.** Nosotros podemos usar y revelar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud a un especialista que esté ofreciendole tratamiento.

**Pago.** Nosotros podemos usar y revelar su información de salud para obtener reembolso por su tratamiento y los servicios que usted recibió de nosotros o algún otra entidad involucrada con su cuidado. Actividades de pago incluyen facturación, colecciones, manejo de demandas de seguro, determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago de usted, una compañía de seguros, o una tercera parte. Por ejemplo, podríamos mandar una demanda de seguro a su plan dental conteniendo cierta información de salud.

**Operaciones del Cuidado de Salud.** Nosotros podemos usar y revelar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de salud. Por ejemplo, operaciones de salud incluyen evaluaciones de calidad y actividades para mejorar, llevar a cabo programas de capacitación, y actividades de licenciatura.

**Individuales Involucrados en Su Cuidado o Pago de su Cuidado.** Nosotros podemos usar y revelar su información de salud a su familia o amigos o cualquier otro individuo identificado por usted cuando ellos son involucrados en su cuidado o en el pago de su cuidado. Adicionalmente, nosotros podemos revelar información sobre usted a un representante de paciente. Si alguna persona tiene autoridad por la ley de hacer decisiones de su salud por usted, vamos a tratar a ese representante de paciente en la misma manera que tratamos a usted respeto a su información de salud.

**Alivio de Desastre.** Nosotros podemos usar y revelar su información de salud para asistir en esfuerzos de alivio de desastre.

**Requerido por la Ley.** Nosotros podemos usar y revelar su información de salud cuando somos requeridos por la ley hacerlo.

**Actividades Públicas de Salud.** Nosotros podemos usar y revelar su información de salud para actividades de salud públicas, incluyendo divulgación a:

- Prevenir o controlar enfermedad, lesiones, o discapacidad;
- Reportar abuso o negligencia de menores;
- Reportar reacciones médicas o problemas con productos o aparatos;
- Notificar a una persona cual pudo haber sido expuesta a una enfermedad o condición; o
- Notificar la autoridad de gobierno apropiado si creemos que algún paciente ha sido víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica

**Seguridad Nacional.** Nosotros podemos revelar a autoridades militares información de salud de personal de Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Nosotros podemos revelar información requerida por ley sobre salud a oficiales federales autorizados cuales son requeridos para inteligencia legal, contrainteligencia, y otras actividades de seguro nacional. Podemos revelar información de salud protegida de un interno o paciente a una institución correccional o oficina de policía.

**Departamento de Salud y Servicios Humanos.** Nosotros podemos revelar información de salud a el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando se requiere investigar o determinar cumplimiento de HIPAA.

**Compensación del Trabajador.** Nosotros podemos revelar su información de salud personal (ISP) en la medida autorizada y necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con compensación del trabajador o otros programas similares establecidos por la ley.

**Agencia del Orden Público.** Nosotros podemos revelar su ISP por razones de orden público que serían permitidas por HIPAA, requeridas por ley, o en respuesta de una citación o orden de la corte.

**Actividades de Supervisión de Salud.** Nosotros podemos revelar su ISP a una agencia de supervisión de salud autorizada por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones, y acreditación, según sea necesaria para licenciatura y para que el gobierno pueda monitorear el sistema de salud, programas del gobierno, y cumplir con las leyes de derechos civiles.

**Procedimientos Judiciales y Administrativos.** Si usted está involucrado en una demanda o una controversia, nosotros podemos revelar su ISP en respuesta de una citación, solicitud de descubrimiento, o otro procedimiento legal instituido por alguien involucrado en la controversia, pero nadamas si esfuerzos han sido hechos, por la parte requirente o nosotros, para informarle sobre la solicitud o obtener una orden protegiendo la información solicitada.

**Investigación.** Nosotros podemos revelar su ISP a investigadores cuando la investigación ha sido aprobada por una junta institucional de revisión o una junta privada que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información.

**Médico Forense, Examinador Médico, y Directores de Funerarios.** Nosotros podemos revelar su ISP a un médico forense o un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a un difunto o determinar la causa de muerte. Nosotros podemos revelar ISP a directores de funerarios cuando la ley aplique para que ellos puedan llevar a cabo sus funciones.

**Recaudación de Fondos.** Nosotros podemos contactarlo para proveer información sobre nuestras actividades patrocinadas, incluyendo actividades de recaudación de fondos, según lo permita la ley aplicable. Si no desea recibir esa clase de información de nosotros, usted puede optar no recibir esa comunicación.

## OTROS USOS Y DIVULGACIÓN DEL ISP.

Su autorización es requerida, con algunas excepciones, para revelar notas de psicoterapia, usar o revelar su ISP para marketing, y para vender su ISP. Nosotros también obtendremos su autorización escrita para usar o revelar su ISP para razones cuales no están proveídas en este Aviso (o según lo permitido y requerido por ley). Usted puede revocar una autorización es escrito en cualquier momento. Al haber recibido la solicitud por escrito, nosotros pararemos el uso de o revelación de su ISP, excepto en la medida en que ya hemos tomado acción al amparo de la autorización

## DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

**Acceso.** Usted tiene el derecho de buscar o obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted debe hacer la petición por escrito. Usted puede obtener un formulario para pedir acceso usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede obtener acceso mediante el envío de una carta a nuestra dirección al final de este Aviso. Si usted solicita información que mantenemos en papel podemos proveer fotocopias. Si usted solicita información que mantenemos electrónicamente, tiene el derecho a una copia electrónica. Usaremos este formulario y formato que usted solicitó si es fácilmente producido. Le cobraremos un monto razonable basado en costos por el costo de productos, labor de hacer fotocopias, y por estampillas si desea copias por correo. Contactenos usando la información al final del Aviso para una explicación de nuestras tarifas.

Si se le niega una solicitud de acceso, tiene el derecho a tener la negación revisada conforme los requisitos de legislación aplicable.

**Contabilidad de Divulgación.** Con la excepción de algunas divulgaciones, tiene el derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones sobre su información de salud conforme a las leyes y reglamentos aplicables. Para solicitar una contabilidad de divulgación de su información de salud, tendrá que enviar su solicitud en escrito a el Oficial de Privacidad. Si usted solicita esta divulgación mas de una vez en un periodo de 12 meses, podremos cobrarle una cuota razonable, basada en costos por responder a las solicitudes adicionales.

**Derecho a Solicitar una Restricción.** Usted tiene el derecho a solicitar restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su ISP mediante la presentación de una solicitud por escrito a el Oficial de Privacidad. Su solicitud escrita debe incluir (1) qué información desea limitar, (2) si quisiera limitar nuestro uso, divulgación, o ambos, y (3) a quien desea que los límites apliquen. **No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud excepto en el caso en cual la divulgación es a un plan de salud con el propósito de realizar pago,** o operaciones de atención médica, y la información se refiere solamente a un artículo o servicio de salud para que usted, o una persona en su nombre (aparte de el plan de salud), haya pagado a nuestra práctica en completo.

**Comunicacion Alternativa.** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar los medios alternativos o lugares alternativos, y proveer explicación satisfactoria de cómo los pagos se atenderán bajo los medios alternativos y ubicacion que solicito. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Sin embargo, si no podemos contactarnos con usted usando las maneras o ubicaciones que usted ha solicitado nosotros podemos usar la información que tenemos para contactarnos con usted.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No vamos a contraatacar en ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Nuestro Oficial de Privacidad: Joanna Jones

Telefono: 863.452.2049

Correo Electronico: info.chendental@gmail.com

Direccion Postal: Chen Dental, 2190 US Hwy 27 N. Sebring, FL. 33870

**Enmienda.** Usted tiene el derecho a solicitar que enmendamos su información de salud. Su solicitud debe estar por escrito, y debe explicar porque la información debe ser modificada. Nosotros podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Si estamos de acuerdo con su solicitud, nosotros modificaremos sus récord(s) y le notificaremos de tal. Si negamos su solicitud para una enmienda, nosotros le proveeremos una explicación por escrito con la razón por cual se negó y explicarle sus derechos.

**Derecho a la Notificación de una Violación.** Usted recibirá notificaciones de infracciones de su información médica protegida como exige la ley.

**Aviso Electronico.** Usted puede recibir una copia en papel de este Aviso por petición, aunque usted haya estado de acuerdo con recibir este Aviso electrónicamente en nuestro sitio de Web o por correo electrónico (email).

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si quiere más información sobre nuestra prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor contáctese con nosotros.

**Si usted está preocupado que** nosotros hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos hecho sobre su acceso a la información de salud o en respuesta a una solicitud que usted haya hecho a modificar o restringir el uso o revelación de su información médica o para que nos comuniquemos con usted por una comunicación alternativa o lugar alternativo, puede quejarse con nosotros usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede enviar una queja por escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Le proveeremos con la dirección a cual presentar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. bajo solicitud.

Reproduction of this material by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association. **This material is for general reference purposes only and does not constitute legal advice. It covers only HIPAA, not other federal or state law. Changes in applicable laws or regulations may require revision. Dentists should contact qualified legal counsel for legal advice, including advice pertaining to HIPAA compliance, the HITEC H Act, and the U.S. Department of Health and Human Services rules and regulations.**

© 2010, 2013 American Dental Association. All Rights Reserved.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



- Usted Puede Negarse a Firmar Este Reconocimiento -

Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

Escriba Nombre

---

Firma

---

Fecha

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

---

---

---

Reproduction of this material by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association. This material is for general reference purposes only and does not constitute legal advice. It covers only HIPAA, not other federal or state law. Changes in applicable laws or regulations may require revision. Dentists should contact qualified legal counsel for legal advice, including advice pertaining to HIPAA compliance, the HITEC H Act, and the U.S. Department of Health and Human Services rules and regulations.

© 2010, 2013 American Dental Association. All Rights Reserved.



## NUESTRO COMPROMISO

En Chen Dental, estamos comprometidos a la excelencia. Creemos que usted se merece lo mejor cuando se trata de su salud. Usamos los mejores materiales y técnicas para proveer la calidad que esperan de nosotros. Creemos que nuestra relación con usted, igual que todas las relaciones, necesita comunicación clara y abierta. Trataremos de comunicar todas sus necesidades dentales y estimar su información financiera tan pronto como se hace evidente. Queremos que esté lo más informado posible para ayudarle en sus decisiones relativas a su salud. Nosotros entendemos lo valioso que es su tiempo, por eso hacemos todo lo posible para permanecer a tiempo. Nosotros nunca reservamos doble de nuestra capacidad de citas. Su tiempo reservado es suyo exclusivamente.

## SU COMPROMISO

Queremos que usted se sienta cómodo con nuestro equipo. Si tuviera una pregunta sobre su tratamiento dental, finanzas o seguro dental, o cualquier otra inquietud, le pedimos que nos notifique lo mas antes posible. Estaríamos felices en aclarar cualquier incertidumbre que pueda surgir. Su porción de pago de tratamiento debe ser hecho en el momento de su tratamiento. Para su conveniencia aceptamos muchas formas de pagos incluyendo dinero en efectivo, cheques, Visa, Mastercard, American Express, y también ofrecemos financiamiento mediante otra compañía, que incluye programas sin interés y prórroga de financiación cuando el crédito haya sido aprobado. Su cita es exclusivamente reservada para usted. Tenemos una póliza de cancelación de 24 horas a fin de proveer atención personalizada. Nosotros entendemos que hay circunstancias que ocurren que requieren cambiar la fecha de una cita. Estaríamos felices de cambiar la fecha de su cita si hay un aviso de 24 horas. Sí ese aviso no es recibido, su cuenta automáticamente sera cobrada \$50 por cuota de cita perdida. Le pedimos que haga todo el esfuerzo por mantener la fecha de su cita.

---

Paciente/ Guardián

---

Fecha

---

Miembro de Equipo

---

Fecha