Douglas P. Williams, D.D.S., M.S.

ORTHODONTIST

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**NUESTRO DEBER LEGAL**  
Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras Prácticas de Privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos concernientes a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este efecto de notificación \_\_ / \_\_ / \_\_, y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.  
Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras Prácticas de Privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras Prácticas de Privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de hacer disponible el nuevo Aviso.  
Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**  
Utilizamos y divulgamos información de salud sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:  
**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otros proveedores de atención médica que le proporcionen tratamiento.  
**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos.  
**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de salud incluyen actividades de evaluación y mejora, revisar la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluar el desempeño de los profesionales, realizar programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación.  
**Su autorización:** Además de nuestra información de salud para tratamiento, pago o operaciones de atención médica, usted puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitido por su autorización mientras estuvo en vigor. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por ninguna razón excepto las descritas en este Aviso.

**A Usted Familia y Amigos:** Debemos usar o revelar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este Aviso. Podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted está de acuerdo en que lo podemos hacer.  
**Personas involucradas en el cuidado:** Podemos usar o revelar información de salud para notificar o ayudar en la notificación de (incluyendo la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, O la muerte. Si usted está presente, entonces antes de usar o revelar su información de salud, le proporcionaremos una oportunidad de oponerse a dichos usos o revelaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional divulgando solamente información de salud que es directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer interferencias razonables de su mejor interés en permitir que una persona recoja recetas llenas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

**Marketing de servicios relacionados con la salud:** No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin sus autorizaciones por escrito.  
**Requerido por la Ley:** Podemos usar o revelar su información de salud cuando la ley nos obliga a hacerlo.  
Abuso o negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la de otros.  
**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Hemos revelado que autorizamos a la información de salud de funcionarios federales requerida para inteligencia legal, contra inteligencia y otras actividades de Seguridad Nacional. Podemos revelar a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley la custodia legítima de la información médica protegida del preso o del paciente bajo ciertas circunstancias.  
**Recordatorios de citas:** Podemos usar o revelar su información de salud para proporcionar recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales, cartas).

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Derechos de los pacientes**  
**Acceso:** Usted tiene el derecho de ver o obtener copias de su información de salud con expectativas limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo. (Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso mediante el uso de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Le cobrará una tarifa razonable basada en el costo de los gastos Tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar el acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si usted solicita copias le cobraremos $ 0 por cada página $ 0 por hora para que el personal ajuste para buscar y copiar su Información de salud y franqueo si desea que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, le prepararemos un resumen o una explicación de su información médica por una tarifa. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este Aviso para Una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Contabilidad de divulgación: Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los cuales nosotros o nuestros asociados de negocios revelamos su información de salud para propósitos diferentes al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes de abril. 14 de 2003. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en costos por responder a estas solicitudes adicionales.  
**Restricción:** Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

**Comunicación Alternativa:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos o a lugares alternativos. (Usted debe hacer su solicitud por escrito). Su solicitud debe especificar los medios alternativos o la ubicación y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o la ubicación que solicite.  
**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que enmiendas su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada). Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.  
**Aviso Electrónico:** Si recibe este Aviso en nuestro Sitio Web o por correo electrónico, tiene derecho a recibir este Aviso en forma escrita.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**PREGUNTAS Y RECLAMACIONES**  
Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros.  
Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o esté en desacuerdo con la decisión que tomamos acerca del acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para tener Nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, usted puede quejarse con nosotros usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si lo solicita.  
Le apoyamos directamente a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.  
  
**Oficial de Contacto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
© 2002 Asociación Dental Americana  
Todos los derechos reservados  
Reproducción y uso de este formulario por parte del dentista y su autorización. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra parte requiere la previa aprobación por escrito de la Asociación Dental Americana.  
Este formulario es solo educativo, no constituye asesoramiento legal, y cubre solamente la Ley Federal no Estatal (14 de agosto de 2002)