

# GRUPO DENTAL GALLEMORE

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. LE ROGAMOS QUE LO REVISE DETENIDAMENTE.**

---

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad, que incluyen la forma en que podemos utilizar, divulgar (compartir o dar), recopilar, manejar y proteger la información médica protegida de nuestros afiliados. Ciertas leyes federales y estatales nos obligan a mantener la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación con su información médica protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigor el 19 de octubre de 2021, y no tiene la intención de enmendar ningún aviso anterior de las prácticas de privacidad del Grupo Dental Gallemore.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando la ley permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso sean efectivos para toda la información de salud protegida que mantenemos, incluyendo la información de salud protegida que creamos o recibimos antes de hacer los cambios. Si realizamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y enviaremos el nuevo aviso a los suscriptores de nuestro plan de salud en un plazo de sesenta días a partir de la fecha de entrada en vigor del cambio.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

### Usos y divulgaciones de la información médica

#### Usos y divulgaciones principales de la información médica protegida

Utilizamos y divulgamos información médica protegida sobre usted para el pago y las operaciones de atención médica. Por ejemplo:

**Oficina:** Este aviso de privacidad se aplica a todas las oficinas de Joseph D. Gallemore DDS & Associates P.C.

**Socios:** Podemos utilizar y divulgar información de salud a terceros asociados, que pueden incluir: laboratorios dentales, laboratorios analíticos, servicios de transporte, etc., con el fin de cumplir con los servicios prestados a los pacientes.

**Tratamiento:** Podemos revelar información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento.

**Pago:** Podríamos utilizar y divulgar su información médica protegida para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos.

**Operaciones de atención sanitaria:** Podríamos utilizar y divulgar su información médica protegida en relación con nuestras operaciones de atención médica. Incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales sanitarios, la evaluación del rendimiento de los profesionales y proveedores, la realización de programas de formación, la acreditación,

# GRUPO DENTAL GALLEMORE

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

la certificación, la concesión de licencias o las actividades de acreditación.

**Su autorización:** Además de que utilicemos su información médica para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, usted puede darnos una autorización por escrito para utilizar su información médica o para divulgarla a cualquier persona con cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará a ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras ésta estaba en vigor. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos utilizar o divulgar su información médica por ningún motivo, excepto los descritos en este aviso.

**A los familiares y amigos:** Debemos revelar su información médica a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, 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 hagamos.

**Persona implicada en el cuidado:** Podemos utilizar o divulgar información de salud para notificar, o ayudar a notificar (incluyendo la identificación o localización) a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general, o la muerte. Si usted está presente, antes de utilizar o divulgar su información médica, le daremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad circunstancias de emergencia, vamos a revelar la información de salud sobre la base de la determinación utilizando nuestro juicio profesional revelar sólo la información de salud que es directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional d nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que una persona recoja las recetas surtidas, los suministros de mediación y las radiografías, o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted está de acuerdo en que podamos hacerlo.

**Comercialización de servicios relacionados con la salud:** No utilizaremos su información médica para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**Requerido por la ley:** Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando la ley nos obligue a hacerlo.

**Abuso o negligencia:** Podemos revelar su información médica a las autoridades competentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos revelar su información médica en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

**Seguridad nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la información sanitaria del personal de las fuerzas armadas en determinadas circunstancias. Podemos revelar a funcionarios federales autorizados la información sanitaria necesaria para actividades legales de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a una institución penitenciaria o a un funcionario de las fuerzas del orden que tenga la custodia legal de la información sanitaria protegida de un recluso o paciente en determinadas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos utilizar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas [como mensajes de voz, cartas o mensajes de texto].

# GRUPO DENTAL GALLEMORE

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### Derechos individuales

**Acceso:** Usted tiene derecho a ver u obtener copias de la información médica protegida contenida en un conjunto de registros designados, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicite a menos que no podamos hacerlo razonablemente. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica protegida. Puede obtener un formulario para solicitar el acceso utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede solicitar el acceso enviando una carta a la dirección que figura al final de este aviso. Si solicita copias, es posible que le cobremos una tarifa razonable por cada página, así como los gastos de envío si desea que le enviemos las copias por correo. Si solicita un formato alternativo, podríamos cobrarle una tarifa basada en el coste por proporcionarle su información sanitaria protegida en ese formato. Si lo prefiere, le prepararemos un resumen o una explicación de sus datos sanitarios protegidos, pero podríamos cobrarle una tarifa por ello.

**Contabilización de la divulgación:** Usted tiene derecho a recibir una lista de los casos en que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgaron su información médica protegida para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertas otras actividades. Le proporcionaremos la fecha en la que realizamos la revelación, el nombre de la persona o entidad a la que revelamos su información médica protegida, una descripción de la información médica protegida que revelamos, el motivo de la revelación y cierta otra información. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa razonable, basada en los costes, por responder a estas solicitudes adicionales.

**Solicitudes de restricción:** Usted tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nos atenderemos a nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

**Comunicación alternativa:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos. [Su solicitud debe especificar el medio o lugar alternativo y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se gestionarán los pagos en el medio o lugar alternativo que solicite.

**Modificación:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica protegida. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser modificada. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias con una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que se adjuntará a la información que desea modificar. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

**Aviso electrónico:** Aunque acepte recibir este aviso en nuestro sitio web, o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir también una copia en papel.

### Preguntas y reclamaciones

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, póngase en contacto con el número de servicios para afiliados que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.

# GRUPO DENTAL GALLEMORE

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*He leído y comprendido este aviso de privacidad y autorizo el uso y la divulgación de la información médica del paciente mencionado según se describe en esta autorización.*

**(Se le puede facilitar una copia si lo solicita)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma (paciente/tutor):

\_\_\_\_\_