



Comprehensive dental care for persons with special needs

2301 E. Allegheny Ave, Suite 120, Philadelphia, Pa 19134

P: 267.639.6250 | F: 267.639.6270

www.specialsmilesld.com

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de sus datos de salud y a proporcionarle información sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Debemos cumplir con los términos del aviso vigente a partir del 14 de abril de 2003. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos. Si hay algún cambio, le proporcionaremos un aviso por escrito revisado a pedido.

Como cliente nuestro, sus datos pueden ser utilizados y divulgados a otras partes para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones requieren su consentimiento e incluyen, entre otros, la siguiente información:

- ❖ Divulgación de información contenida en registros financieros y/o médicos
- ❖ Enfermedades que se transmiten de persona a persona
- ❖ Abuso de drogas y/o alcohol
- ❖ Historial médico
- ❖ Tratamiento en curso
- ❖ Cualquier otro hecho relacionado

Podremos divulgar lo anterior a:

1. Su compañía de seguros, Medicare, Medicaid o cualquier otra persona que pague su factura por servicios o que procesará su factura por servicios para que podamos recibir el pago
2. Cualquier persona de un programa o una compañía de seguros que realice tareas de facturación, calidad y gestión de riesgos, como auditores de seguros y gestores de riesgos estatales
3. Cualquier centro de cuidado personal donde usted viva
4. Cualquier otro médico que le brinde atención médica
5. Miembros de la familia y otras personas que forman parte de su plan de servicio
6. Agencias estatales y federales que actúan en nombre de programas como Medicare o Medicaid
7. Otras personas que brinden atención médica para iniciar el tratamiento

Podemos comunicarnos con usted por teléfono, postales u otros medios a fin de:

1. Proporcionarle recordatorios de citas
2. Analizar cuestiones relacionadas con los pagos en su cuenta

Podemos utilizar una hoja de registro para:

1. Realizar un seguimiento de los pacientes que se atienden diariamente. Esta hoja se destruye al finalizar cada día.

Podemos tomar fotografías para:

1. Utilizarlas para la toma de decisiones en el tratamiento dental
2. Publicación dentro de nuestras oficinas con el fin de mostrar la progresión del tratamiento

Se nos permite usar o divulgar datos sobre usted sin consentimiento en las siguientes situaciones:

1. En situaciones de tratamiento de emergencia, si intentamos obtener el consentimiento lo antes posible después del tratamiento
2. Cuando existan barreras significativas para la comunicación con usted y determinemos que el consentimiento se infiere claramente de la situación
3. Cuando la ley nos exige obtener tratamiento y no podemos obtener el consentimiento
4. Para ciertas actividades de salud pública, como informar sobre lesiones, muertes, enfermedades, etc.
5. Cuando el uso o la divulgación sean requeridos por ley
6. Cuando creamos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica
7. A los médicos forenses, legistas y directores de funerarias
8. Para ciertos fines de investigación
9. Para fines de compensación laboral
10. Para funciones gubernamentales especializadas, incluidas situaciones de custodia

Podemos utilizar o divulgar datos sobre usted sin consentimiento ni autorización, siempre que se le informe con antelación y se le dé la oportunidad de aceptar, restringir o prohibir la divulgación en las siguientes situaciones:

1. El uso de un directorio de personas atendidas por nosotros (horarios de clínicas, horarios de pacientes)
2. A un familiar, amigo u otra persona que usted elija, que pueda ayudarlo con su atención o con el pago de la misma

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho, sujeto a ciertas condiciones, a lo siguiente:

1. Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de datos sobre usted; sin embargo, no estamos obligados a aceptar las restricciones solicitadas
2. Recibir una comunicación confidencial facilitándonos otra dirección
3. Inspeccionar y recibir una copia de sus datos de salud protegidos completando nuestro formulario de solicitud
4. Recibir un listado de las divulgaciones realizadas de sus datos de salud protegidos rellorando nuestro formulario de solicitud
5. Modificar sus datos de salud protegidos rellorando nuestro formulario de solicitud
6. Obtener una copia de este aviso en cualquier momento

QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros y/o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si cree que se han violado sus derechos de privacidad. La queja debe presentarse por escrito ante nosotros y debe indicar el incidente o los incidentes específicos, incluida la fecha, lo que sucedió y los detalles del incidente.

Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con:

Patricia Silverio, HIPAA Compliance
Officer Special Smiles, Ltd
2301 E. Allegheny Avenue
Suite 202
Philadelphia, PA 19134
267-639-6250

Para presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., comuníquese con:

Linda Colón, Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza - Suite 3312
New York, NY 10278
Centro de respuesta al cliente: (800) 368-1019
Fax: (212) 619-3818
TDD: (800) 537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

RECONOCIMIENTO

PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO

Por la presente certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Special Smiles, Ltd/Pediatric Dental Associates.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre impreso del padre/tutor

Fecha

Firma del padre/tutor

SOLO PARA USO OFICIAL

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad de la persona mencionada anteriormente, pero no se pudo obtener dicho acuse de recibo porque:

- _____ El individuo se negó a firmar
- _____ Las barreras de comunicación impidieron obtener el reconocimiento
- _____ Una emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- _____ Otro (Especifique)